Wetenschappelijk Onderzoek- en
Documentatiecentrum
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Cahier 2015-6

‘Als ik bezig ben, denk ik niet zo veel’

Evaluatie van de pilot Activeren bewoners gezinslocaties

E. Boersema
I.D.A. Sportel
M. Smit
A.S. Leerkes

Cahier
De reeks Cahier omvat de rapporten van onderzoek dat door en in opdracht van het WODC is verricht.
Opname in de reeks betekent niet dat de inhoud van de rapporten het standpunt van de Minister van Veiligheid en Justitie weergeeft.

Alle WODC-publicaties zijn gratis te downloaden van www.wodc.nl

Voorwoord

Bijna onmiddellijk nadat de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie had besloten dat er een pilot zou komen om te proberen bewoners van gezinslocaties te activeren, ging de pilot daadwerkelijk van start. In de periode maart 2014 – maart 2015 is de bewoners van drie pilotlocaties in dit kader door het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) en de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) een veelheid aan activiteiten aangeboden. Deze rapportage bevat een evaluatie van de pilot. Er wordt een beeld gegeven van de veronderstellingen die ten grondslag lagen aan de pilot, de implementatie van de pilot en de ervaringen van bewoners en medewerkers, vooral wat betreft het welzijn, de gezondheid en terugkeerintenties van de bewoners.
Een effectonderzoek was binnen het korte tijdsbestek niet haalbaar, omdat de evaluatie van start ging voordat de pilot volledig was geïmplementeerd. Bovendien werd ook op niet-pilotlocaties aan activering gewerkt.

Het onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van de bewoners die hun ervaringen met ons deelden en de medewerkers van het COA en de DT&V op en buiten de pilotlocaties. Wij willen hen hartelijk bedanken voor hun medewerking.

Het onderzoek is begeleid door een commissie onder voorzitterschap van prof. dr. Han Entzinger (Erasmus Universiteit Rotterdam). De leden waren Frea Haker MSc. (Pharos), dr. Toon Molleman (WODC), drs. Sander Vergeer (ACVZ) en vanuit de Directie Migratiebeleid aanvankelijk mr. Marcel van der Gaag en later drs. Gemma Driegen. We zijn hen zeer erkentelijk. Tot slot een woord van dank aan dr. Marieke van Londen die betrokken was bij de opzet en de beginfase van het onderzoek.

De onderzoekers

Inhoud

Samenvatting

In deze rapportage staat de pilot Activeren bewoners gezinslocaties op de gezinslocaties Burgum, Den Helder en Gilze centraal. De pilot liep van maart 2014 – maart 2015 en werd uitgevoerd door het Centraal Opvangorgaan Asielzoekers (COA) en de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V). Aanleiding voor de pilot was het ACVZ-advies Verloren Tijd (2013), waarin werd geconstateerd dat er in de asielopvang en het onderdak voor vreemdelingen zonder rechtmatig verblijf, te weinig te doen is voor bewoners. Het gebrek aan dagbesteding zou de gezondheid van bewoners ondermijnen en leiden tot een proces van hospitalisatie, passiviteit en depressie.
Hoofddoel van de pilot, zoals gesteld door de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, is het bevorderen van zelfstandige terugkeer van bewoners van gezinslocaties naar het land van herkomst. Daarnaast zou activering het welzijn van de bewoners op een positieve manier beïnvloeden, waardoor het beroep op medische voorzieningen zou moeten afnemen.

Centrale vraagstelling en methoden van Onderzoek

De centrale vraagstelling van dit cross-sectionele onderzoek luidde: Welke veronderstellingen liggen ten grondslag aan de pilot Activeren bewoners gezinslocaties, hoe is de pilot geïmplementeerd, hoe ervaren bewoners en uitvoerders de pilotactiviteiten en in hoeverre sluiten hun ervaringen aan bij de doelen die werden gesteld?
Voor het onderzoek is gebruikgemaakt van een veelheid aan onderzoeksmethoden en bronnen (methoden- en bronnentriangulatie). Er is een beleidsanalyse uitgevoerd op basis van documenten en semi-gestructureerde interviews met sleutelfiguren (6) die betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van de pilot. Daarnaast heeft er een brede literatuurstudie plaatsgevonden, waarbij wetenschappelijke en 'grijze' literatuur op het gebied van activering en hospitalisatie is bestudeerd. Er is een analyse gemaakt van registratiegegevens van de DT&V en het COA. Tot slot zijn er semi-gestructureerde diepte-interviews gehouden met bewoners (23), medewerkers DT&V (8) en COA (9), locatiemanagers (3), medewerkers van zorgorganisaties en overige betrokkenen, zoals het IOM (9) over hun ervaringen met de pilot en de gezinslocaties.
Aanzienlijke verschillen tussen de locaties in de samenstelling van de bewonersgroep maken het moeilijk om de uitstroom van de verschillende gezinslocaties te vergelijken. Omdat er bovendien gedurende de pilotperiode ook op de niet-pilotlocaties activeringsinitiatieven zijn geweest en een voormeting ontbreekt, was het in dit onderzoek niet mogelijk om de effectiviteit van de pilot met behulp van uitstroomcijfers vast te stellen.

De Gezinslocaties

Gezinslocaties bieden onderdak aan gezinnen met minderjarige kinderen die geen recht (meer) hebben op opvang in een AZC. Sinds de komst van de gezinslocaties hebben bijna 5.300 personen op enig moment onderdak gekregen op een van de locaties die sinds 2011 operationeel zijn (geweest). Er is een grote diversiteit aan nationaliteiten, waarbij Afghanen, Armeniërs, Irakezen en Somaliërs de grootste groepen zijn. Tussen de gezinslocaties zijn onderling grote verschillen in de samen-

stelling van de bewoners. Ongeveer de helft van de gezinnen op de locaties zijn eenoudergezinnen, vooral alleenstaande moeders.
Sommige gezinnen verblijven kort op een gezinslocatie, maar in de meeste gevallen verblijven de gezinnen daar langer dan een jaar. Van degenen die in 2011, 2012 en 2013 instroomden was op 1 maart 2015 circa 40% niet definitief uitgestroomd. Voor degenen die in 2014 instroomden was dat ruim 60%. In totaal 16% van alle gezinslocatiebewoners is, al dan niet vrijwillig, uit Nederland vertrokken.

Veronderstelde werkzame mechanismen pilot

Uit beleidsstukken en interviews met mensen betrokken bij de totstandkoming van de pilot blijkt dat de aanname vooraf is geweest dat bewoners van de gezinslocaties kunnen hospitaliseren. De pilot gaat er van uit dat bewoners van gezinslocaties daarom ge(re)activeerd zouden moeten worden, teneinde hun gezondheid en welzijn te verbeteren, de zorgkosten te verlagen en de terugkeer naar het land van herkomst te bevorderen. Actievere bewoners zouden door een verbetering van hun welzijn en gezondheid ook meer over hun toekomst gaan nadenken en de regie over hun eigen leven in handen nemen. Uit de analyse van interviews en beleidsstukken kwamen drie veronderstelde werkzame mechanismen naar voren. Door activiteiten aan te bieden zouden bewoners actiever worden zodat zij meer de regie over hun eigen leven kunnen nemen en hun welbevinden zou worden verbeterd, wat allebei terugkeer zou stimuleren. Daarnaast zou ook het beschikbaar stellen van informatie over het land van herkomst tot meer terugkeer leiden.
Deze drie mechanismen zijn vervolgens getoetst aan nationale en internationale literatuur over activering. Hieruit bleek ten eerste dat een van de centrale concepten binnen de pilot, het concept hospitalisatie, in de wetenschappelijke literatuur onderwerp van discussie is. Hoewel uit verschillende onderzoeken blijkt dat verveling en passiviteit kunnen voorkomen bij mensen die langdurig weinig mogelijkheden hebben voor een zinvolle dagbesteding, zoals de bewoners van gezinslocaties, en dat dit negatieve gevolgen voor de gezondheid kan hebben, bestaat er in de literatuur geen consensus over de oorzaken van hospitalisatie. Er is maar zeer beperkt onderzoek gedaan naar programma's die hospitalisatie en inactiviteit tegen zouden moeten gaan, waardoor het niet mogelijk bleek om op basis van de literatuur uitspraken te doen over de te verwachten effectiviteit van de pilot.
Er zijn wel effectstudies bekend van activeringsprogramma's bij verschillende andere doelgroepen, met name op het gebied van gezondheid. Vooral activeringsprogramma's voor specifieke patiëntengroepen en sportprogramma's bleken effectief in het verbeteren van de fysieke en psychische gezondheid. De pilot Activeren bewoners gezinslocaties kent echter een andere opzet dan de onderzochte activerings- en sportprogramma's. Het is dan ook onduidelijk in hoeverre deze effecten ook voor de bewoners van gezinslocaties zouden gelden.
Uit studies naar zelfstandige terugkeer wordt niet duidelijk in hoeverre hospitalisatie en activering een rol spelen. Gezondheid lijkt een belangrijke factor bij zelfstandige terugkeer: maar over de invloed van een goede of juist een slechte gezondheid zijn de bevindingen niet eenduidig. Door het verbeteren van de gezondheid van bewoners van gezinslocaties zou de pilot bij kunnen dragen aan een grotere terugkeerbereidheid, maar ook een tegengesteld effect is denkbaar.
Een derde doelstelling van de pilot is dat deze zou moeten bijdragen aan het verlagen van de zorgkosten. Uit onderzoek naar het aantal contacten met artsen of paramedici blijkt echter dat asielzoekers gedurende hun tijd in het AZC minder dan gemiddeld gebruikmaken van de zorg, ondanks dat zij meer gezondheidsklachten hebben dan de gemiddelde Nederlander. Ook van deze onderzoeksresultaten is niet bekend in hoeverre zij van toepassing zijn op bewoners van gezinslocaties. Mocht

dat echter zo zijn, is het niet waarschijnlijk dat de kosten verder verlaagd kunnen worden door het verbeteren van de gezondheid van bewoners: het zorggebruik ligt laag in verhouding tot de klachten en actievere bewoners doen wellicht een groter beroep op zorg voor die klachten.

Implementatie en uitvoering pilot

De uitvoering van de pilot lag bij de twee uitvoeringsorganisaties werkzaam op de gezinslocaties, het COA en de DT&V. De bijdrage van de DT&V bestond uit korte cursussen en vakopleidingen, en de terugkeerruimtes, de zogenoemde T-rooms. Bij het COA lag de nadruk vooral op recreatieve activiteiten en activiteitenbegeleiding, waarbij ook enkele cursussen werden aangeboden.
De pilot is vrij snel na de bekendmaking van start gegaan. Dit betekende dat de uitvoeringsorganisaties weinig tijd hadden om het project voor te bereiden. Veel activiteiten, maar ook dit onderzoek, hebben daarom vertraging opgelopen. De meeste activiteiten hebben in de laatste maanden van de pilot plaatsgevonden. Dit betekent dat op het moment van onderzoek sommige activiteiten pas kort liepen. Dit kan invloed hebben gehad op hoe de impact van de pilot door betrokkenen werd ervaren.
Het is de DT&V en het COA op de drie pilotlocaties over het algemeen gelukt om de bewoners te bereiken met het activeringsprogramma. Iets meer dan de helft van alle volwassen bewoners heeft aan een of meer activiteiten deelgenomen. Tussen de pilotlocaties bestaan wel grote verschillen in de deelnemerspercentages. Met name voor de vakopleidingen was grote belangstelling. De belangstelling voor de recreatieve activiteiten was wisselend en fluctueerde soms gedurende de loop van de activiteit.
De belangrijkste reden voor bewoners om deel te nemen aan activiteiten was het zoeken van afleiding of de behoefte om actief te zijn. Gezondheidsklachten hadden in dit verband een minder eenduidige betekenis: voor sommige mensen vormden deze een belemmering, voor anderen juist een stimulans om bijvoorbeeld te gaan bewegen. Enkele medewerkers plaatsten daarbij wel de kanttekening dat bewoners soms ook belang hebben bij ziekte in verband met hun procedure, bijvoorbeeld voor een aanvraag uitstel vertrek vanwege medische redenen. Tijdgebrek door zorg voor kinderen was een reden voor sommige bewoners om niet mee te doen aan activiteiten of opleidingen, ook al hadden zij dat wel graag gewild. Andere bewoners waren niet (langer) gemotiveerd om dingen te doen. In hun verhalen legden zij vaak een verband met het verlies van hoop, bijvoorbeeld na de zoveelste negatieve beslissing in hun asielprocedures.

Waardering van bewoners en medewerkers

De bevindingen uit de interviews met de bewoners en met de medewerkers bevestigen het beeld dat door de ACVZ wordt geschetst in het advies Verloren tijd. Het leven op de gezinslocatie wordt gekenmerkt door eentonigheid en veel bewoners vervelen zich. Vooral bewoners met oudere kinderen hebben weinig te doen. Maar zelfs ouders die erg druk zijn met zorgtaken kunnen zich door de eentonigheid toch vervelen. Bewoners missen op de gezinslocatie een zinvolle dagbesteding en de mogelijkheid in hun eigen levensonderhoud te voorzien. Dit geldt in het bijzonder voor kinderloze jongvolwassenen die met hun ouders op de gezinslocatie verblijven vanwege een nog minderjarige broer of zus. Kinderen gaan gewoon naar school.

Het toegenomen aantal activiteiten door de pilot werd over het algemeen dan ook op prijs gesteld door de geïnterviewde bewoners. Bewoners zagen vooral graag nuttige activiteiten, waarbij zij bijvoorbeeld nieuwe vaardigheden konden leren. Ook de medewerkers waren over het algemeen erg enthousiast over de pilot.
Medewerkers ervoeren ook effecten van de pilot op hun eigen werkzaamheden. Zij zagen positieve verschillen in de omgang met bewoners en vonden het prettig om bewoners meer dagbestedingsmogelijkheden te kunnen bieden. Tegelijkertijd vormde de pilot voor sommige medewerkers ook een behoorlijke tijdsbelasting, zeker wanneer deze naast de bestaande werkzaamheden moest worden uitgevoerd.

Ervaringen van bewoners en medewerkers en de vooraf veronderstelde mechanismen

Bij een deel van de bewoners op gezinslocaties lijken zich symptomen voor te doen die wijzen op hospitalisatie. Door medewerkers wordt in de interviews melding gemaakt van bewoners die teruggetrokken, apathisch of initiatiefloos gedrag vertoonden. Bij gebrek aan een zinvolle dagbesteding deden veel van de geïnterviewde bewoners weinig op een dag. Van weerstand tegen het verlaten van de instelling lijkt bij de geïnterviewde bewoners echter geen sprake, in veel interviews kwam de wens voor een eigen woonruimte, weg van de locatie ter sprake.
Het is echter niet waarschijnlijk dat deze klachten uitsluitend het resultaat zijn van het verblijf in een totale institutie. Ook bij uitgeprocedeerde asielzoekers die in de gemeentelijke noodopvang verblijven komen veel psychische klachten voor, terwijl daar geen sprake is van verblijf in een totale institutie en ook bij langdurig werklozen zijn soortgelijke negatieve effecten op gezondheid en welzijn beschreven. Waarschijnlijk spelen zowel de achtergronden van bewoners, als leefomstandigheden op de gezinslocatie, het gebrek aan zinvolle dagbesteding en de nadruk op terugkeer een rol.
Het eerste in de beleidsstukken veronderstelde mechanisme, dat bewoners door actiever te worden meer de regie over hun eigen leven zouden kunnen nemen, wat tot meer terugkeer zou moeten leiden, wordt in het onderzoek niet bevestigd. Uit de interviews met bewoners en medewerkers blijkt niet dat activering door middel van opleidingen of recreatieve activiteiten vooralsnog bijdraagt aan terugkeer. Medewerkers zien dat veel bewoners door de pilot actiever zijn geworden, maar dit lijkt volgens de medewerkers echter niet tot meer terugkeer te leiden.
Het tweede veronderstelde mechanisme, dat activering tot een verbetering van welzijn en gezondheid – en daarmee tot meer terugkeer – zou leiden werd door bewoners en medewerkers deels bevestigd. Het deelnemen aan activiteiten geeft hun rust en de mogelijkheid hun zorgen even los te laten. Activering zoals in de pilot lijkt dus op basis van de ervaringen van medewerkers en bewoners het welzijn van sommige bewoners te kunnen verbeteren.
De meeste geïnterviewde medewerkers zijn het er echter over eens dat er (nog) geen invloed is te zien van dit verbeterde welzijn op het zelfstandig vertrek van bewoners, het hoofddoel van deze pilot. Zij noemen daarvoor verschillende redenen. Zo zou het nog te vroeg zijn om dit effect te kunnen zien, zeker gezien de 'moeilijke' populatie op de gezinslocaties en de vertragingen bij het van start gaan van de pilot. Een tweede verklaring is dat bewoners wel geactiveerd zouden zijn, gezien ook de succesverhalen over gezondheid en welzijn, maar dat dit geen verband houdt met zelfstandige terugkeer. Op basis van de literatuur kan voorzichtig de conclusie worden getrokken dat een verbetering van het welzijn door activering kan bijdragen aan de gezondheid van bewoners. De relatie tussen gezondheid en vertrekbereidheid is echter complex en het is de vraag of een eventuele gezond-

heidswinst zoals deze in het kader van de pilot vooral door medewerkers wordt gemeld, voldoende is om de terugkeerbereidheid te bevorderen. Hiervoor zijn in dit onderzoek geen aanwijzingen gevonden.
Ook voor het derde mechanisme, dat het verstrekken van informatie over het land van herkomst zou leiden tot meer terugkeer, zijn in de interviews geen aanwijzingen gevonden. In de interviews met bewoners kwam naar voren dat informatie uit het land van herkomst – al dan niet verkregen in de terugkeerruimten – de zorgen van sommige bewoners over terugkeer naar het land van herkomst juist voedde. Het is dan ook de vraag in hoeverre het beschikbaar stellen van informatie, zoals dat in de T-rooms gebeurt, bij kan dragen aan het wegnemen van deze drempel voor terugkeer. Daar komt bij dat deze terugkeerruimtes slechts weinig bezoekers trekken. Bewoners waren weinig geïnteresseerd in het aanbod, vertrouwden de informatie niet of waren bang dat de DT&V zou volgen wat zij op de computers in de terugkeerruimte deden. Ook hadden bewoners buiten de terugkeerruimten voldoende toegang tot het internet en konden zij desgewenst op die manier ook informatie inwinnen over het land van herkomst. Tijdens de medewerkersinterviews werd dit beeld bevestigd.

Tot slot

Hoewel de focus in dit onderzoek lag op de pilot, zijn vragen over de mogelijke werking van de pilot met betrekking tot terugkeer nauw verbonden met de gezinslocaties in het algemeen. Het feit dat gezinnen op deze locaties verblijven, betekent dat zij geen verblijfsvergunning hebben gekregen en dat zij, ondanks allerlei prikkels vanuit de Nederlandse overheid, nog niet zijn teruggekeerd of uitgezet. Het verblijf op de gezinslocatie zou kunnen worden gezien als de uitkomst van een selectieproces, waarbij de 'moeilijkste' gevallen overblijven op de gezinslocatie. Veel bewoners melden dat het voor hen moeilijk is om toekomstplannen te maken, ook al worden zij op de gezinslocatie geacht aan terugkeer te werken. Hun toekomstmogelijkheden zijn voor hen niet duidelijk; zij hopen via procedures alsnog een verblijfsvergunning te krijgen. Uit de analyse van in- en uitstroomgegevens wordt duidelijk dat slechts een kleine groep bewoners daadwerkelijk terugkeert, en dat dit bovendien samenhangt met nationaliteit en gezinssamenstelling. Ondanks het karakter van de gezinslocaties (onderdak specifiek voor vreemdelingen zonder rechtmatig verblijf, die aan terugkeer moeten werken), is de belangrijkste reden van uitstroom uit die gezinslocaties het verkrijgen van een verblijfsvergunning. De nadruk binnen de pilot op een 'realistisch toekomstperspectief' komt hiermee in een ander daglicht te staan.
De beperkte mate van terugkeer, die mede samenhangt met verblijfsvergunningen die in de afgelopen jaren bijvoorbeeld in het kader van het kinderpardon werden verkregen, roept de vraag op in hoeverre terugkeer daadwerkelijk een realistisch perspectief is voor de bewoners van gezinslocaties. Zelfs al zou activering erin slagen bewoners actief te laten werken aan een realistisch toekomstbeeld, dan blijft het de vraag of dit tot meer terugkeer zal leiden, nu zij om zich heen heel wat mensen alsnog een verblijfsvergunning zien krijgen.

Een zinvolle dagbesteding gedurende het verblijf op de gezinslocatie is belangrijk voor het welzijn en de gezondheid van de bewoners. Zowel uit de literatuur als uit interviews met bewoners en medewerkers komt naar voren dat activering hieraan kan bijdragen. Activering is dan ook niet alleen van belang voor degenen die uiteindelijk terugkeren naar het herkomstland, maar ook voor degenen die in Nederland blijven. Hoewel er in deze evaluatie geen aanwijzingen zijn gevonden dat activering

bijdraagt aan zelfstandige terugkeer, kan het daarom toch belangrijk zijn om via activering te investeren in de gezondheid, het welzijn en de toekomstmogelijkheden van bewoners van gezinslocaties.

1 Inleiding

1.1 De pilot

Naar aanleiding van het advies 'Verloren tijd' van de Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (ACVZ, 2013) heeft de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie in februari 2014 toegezegd een pilot Activeren bewoners gezinslocaties te starten op de gezinslocaties voor uitgeprocedeerde en overige onrechtmatig verblijvende gezinnen met minderjarige kinderen. De pilot is uitgevoerd door de twee uitvoeringsorganisaties die een belangrijke rol spelen in het onderdak en de terugkeer van deze categorie onrechtmatig verblijvende vreemdelingen, namelijk het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) en de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V). Met de pilot wil de staatssecretaris in de eerste plaats bekijken of activering op de gezinslocaties bij kan dragen aan het stimuleren en realiseren van zelfstandige terugkeer naar het land van herkomst. Het bevorderen van zelfstandige terugkeer is daarmee het hoofddoel van de pilot. Daarnaast wil hij nagaan of activering het welzijn van de bewoners op een positieve manier kan beïnvloeden, waarbij de verwachting bestaat dat het beroep op medische voorzieningen zal dalen.
In het ACVZ-advies, dat in maart 2013 aan de staatssecretaris werd aangeboden, constateert de commissie dat er in de asielopvang en onderdakvoorzieningen niet voldoende mogelijkheden zijn voor vreemdelingen om activiteiten te ondernemen.[1] Volgens bewoners en uitvoeringsorganisaties is er te weinig te doen in de asielopvang en onderdakvoorzieningen en het gebrek aan dagbestedingsmogelijkheden zou de gezondheid van de bewoners ondermijnen. Naarmate bewoners langer in de opvang of onderdakfaciliteiten verblijven en de periode van inactiviteit langer duurt, neemt hun afhankelijkheid toe. Bewoners worden steeds passiever, raken gefrustreerd en worden depressief. Volgens de ACVZ maakt een deel van hen een proces van 'mortificatie' of 'hospitalisatie' door, wat Schayk en Vloeberghs omschrijven als een proces waarbij de bewoner 'zijn eigenheid verliest en de drang om iets aan zijn omgeving te veranderen, waarna men uiteindelijk lusteloos, besluiteloos en initiatiefloos wordt' (Van Schayk & Vloeberghs, 2011, pp. 12-13). Dit proces speelt zich eerder af naarmate het regime waarin de bewoner leeft strikter is, en uiteraard is ook de duur van het verblijf in de opvang van invloed. Het wordt daardoor steeds moeilijker bewoners weer in beweging te krijgen, wat het werk van de verschillende uitvoeringsorganisaties bemoeilijkt.
Volgens de ACVZ ondermijnt de problematiek één van de doelstellingen van het opvang- en onderdakbeleid, namelijk dat bewoners effectief kunnen werken aan hun asielprocedure of vertrek (na een afwijzing), en dit zou in het bijzonder gelden voor de vrijheidsbeperkende locatie en de gezinslocaties, waar een soberder voorzieningenniveau geldt dan op andere locaties. De staatssecretaris heeft in het kader van de pilot gekozen voor de gezinslocaties: op drie van de toen acht locaties is de pilot geïmplementeerd.[2] In het navolgende zal worden ingegaan op de opvang van asielzoekers en het onderdak voor vreemdelingen die geen recht meer hebben op de Regeling verstrekkingen asielzoekers (Rva) in het algemeen en daarna volgt een beschrijving van de achtergrond van en de gang van zaken op de gezinslocaties. Daarnaast zullen de bevinden van de ACVZ uitgebreider besproken worden.

---

1 Uitgeprocedeerde asielzoekers en andere onrechtmatig verblijvende vreemdelingen hebben geen recht meer op opvang. Op de gezinslocaties is dan ook formeel geen sprake van opvang maar van 'onderdak'.

2 TK 2013–2014, 19 637, nr. 1787.

Het ACVZ-advies 'Verloren tijd' is geschreven als reactie op regelmatig terugkerende politieke en maatschappelijke discussies over het regime en de kwaliteit van de opvang van asielzoekers en onderdak voor bepaalde categorieën uitgeprocedeerde vreemdelingen (ACVZ, 2013). Zo hebben discussies gespeeld over zorgvoorzieningen voor (uitgeprocedeerde) asielzoekers[3] en over het soms jarenlange wachten (Ghorashi & Ten Holder, 2012; Ten Holder, 2012). In Nederland is het COA verantwoordelijk voor de opvang en het onderdak van asielzoekers en bepaalde categorieën uitgeprocedeerde vreemdelingen. Hoofdtaak van het COA is het primaire opvangproces, waarbij opvang en begeleiding op een humane, sobere en beheersbare wijze geboden worden.[4] In de Rva 2005 zijn de normen uitgeschreven waaraan de opvang in een opvangvoorziening dient te voldoen.[5]
Tijdens de behandeling van een asielaanvraag, een beroep van een eerste aanvraag of een nieuwe aanvraag met nieuwe feiten die niet in de korte procedure is afgewezen, is opvang van de asielzoeker een gekwalificeerd recht.[6] Op de gezinslocaties is echter geen sprake van opvang maar van 'onderdak'. In het Nederlandse recht geldt geen formeel recht op onderdak na afloop van de asielprocedure, of voor vreemdelingen die geen asiel hebben aangevraagd. De overheid is echter gestart met de gezinslocaties naar aanleiding van een uitspraak van het Gerechtshof Den Haag, waarbij een overweging was dat het beëindigen van de opvang internationale mensenrechtenverdragen schendt wanneer er kinderen bij betrokken zijn.[7] Op de gezinslocaties wordt daarom sinds de zomer van 2011 onderdak geboden aan minderjarigen en hun verzorgers nadat zij geen recht (meer) hebben op opvang in een asielzoekerscentrum (AZC).[8] Voor die tijd kwamen gezinnen met minderjarige kinderen, net als vreemdelingen zonder kinderen, op straat te staan als de asielaanvraag was afgewezen (na het verstrijken van de vertrektermijn en een eventueel verblijf van in beginsel twaalf weken in een vrijheidsbeperkende locatie). Gezinnen kunnen in principe aanspraak maken op onderdak op gezinslocaties zolang het vertrek uit Nederland nog niet heeft plaatsgevonden en het jongste kind de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt.[9] De betrokken gezinnen hebben geen recht (meer) op verstrekkingen conform de Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen (Rva). Op de gezinslocaties zijn voor volwassenen alleen de noodzakelijke voorzieningen beschikbaar en de begeleiding is gericht op terugkeer. Voor kinderen zijn dezelfde voorzieningen aanwezig als op een AZC. De opvang op een gezinslocatie kan beëindigd worden wanneer het gezin zelfstandig dan wel gedwongen terugkeert naar het land van herkomst, een verblijfsvergunning krijgt, met onbekende bestemming vertrekt (MOB) of als er een nieuwe procedure wordt gestart die recht geeft op opvang in een AZC. In het laatste geval wordt het onderdak soms alleen nominaal opgeheven en blijft het gezin (dan in het kader van 'opvang') wel op de locatie wonen. De afgelopen jaren zijn er in het kader van het kinderpardon verblijfsvergunningen verleend aan gezinnen met minderjarige kinderen. Daarnaast is het in het kader van de Regeling langdurig verblijvende

---

3 Opvang uitgeprocedeerde gezinnen inhumaan', www.nos.nl, 28 oktober 2011. Zie ook het rapport van de Nationale Ombudsman 'Medische zorg vreemdelingen. Over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers' (De Nationale ombudsman, 2013).

4 TK 2009-2010, 32 205, nr. 3. Wijziging van de Wet COA in verband met de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen en de instelling van een raad van toezicht. Memorie van Toelichting.

5 Rva 2005, art.9.

6 Rva 2005, art.3.

7 Kamerbrief gezinslocaties, 21 december 2011. De uitspraak van het gerechtshof Den Haag is op 21 september 2012 bevestigd door de Hoge Raad: ECLI:NL:HR:2012:BW5328.

8 TK 2010-2011, 29 344: nr. 79.

9 Nota toekomst gezinslocaties, februari 2013.

kinderen[10] ook momenteel nog mogelijk om – onder strikte voorwaarden – aanspraak te maken op een verblijfsvergunning wanneer kinderen tijdens hun minderjarigheid minimaal vijf jaar in Nederland hebben verbleven. In de onderzochte periode (maart 2014 – maart 2015) waren er in totaal acht gezinslocaties: naast de pilotlocaties Burgum, Den Helder en Gilze, zijn er gezinslocaties in Katwijk, Amersfoort, Emmen, Goes en Almelo. Vught en Vlagtwedde zijn eerder tijdelijk geopend geweest als gezinslocatie.[11] In hoofdstuk 2 zal nader ingegaan worden op de dagelijkse gang van zaken op de locaties.
De ACVZ, die het advies op eigen initiatief uitbracht, is in het voorjaar van 2012 gestart met het voeren van oriënterende gesprekken met instanties en organisaties die betrokken zijn bij de opvang en het onderdak van vreemdelingen in Nederland. In veel van deze gesprekken werd de dagbesteding van asielzoekers en vreemdelingen in de opvang en onderdaklocaties als aandachtspunt genoemd en om deze reden heeft de ACVZ het advies toegespitst op dit thema. Op basis van haar bevindingen heeft de ACVZ geadviseerd om gedurende een proefperiode van een aantal jaar de mogelijkheden voor activiteiten in de opvang en onderdaklocaties uit te breiden. Voorbeelden van activiteiten die de commissie noemt zijn: recreatieve activiteiten, het aanbieden van kortlopende vaardigheidstrainingen, toegang tot internet, het inrichten van studieruimtes en voorlichting over de mogelijkheden om activiteiten te ondernemen. Volgens de commissie zouden genoemde activiteiten bij kunnen dragen aan het welzijn van de bewoners en zou er bij de bewoners ruimte kunnen ontstaan om na te denken over de toekomst. Het advies van de ACVZ richt zich overigens in eerste plaats op dagbestedingsmogelijkheden voor volwassenen, aangezien er door andere organisaties eerder al aandacht is gevraagd voor de positie van minderjarige vreemdelingen in de opvang.[12]
De ACVZ concludeerde niet alleen dat langdurige passiviteit het terugkeerproces bemoeilijkt, maar ook dat die een negatieve invloed heeft op de integratie na vergunningverlening. Door de pilot te laten plaatsvinden op de gezinslocaties sluit de staatssecretaris slechts gedeeltelijk aan bij het advies van de Adviescommissie: hij richt zich met de pilot op uitgeprocedeerde asielzoekers voor wie terugkeer naar het land van herkomst van belang is. Het WODC is gevraagd de pilot te evalueren. Deze rapportage vormt de neerslag van de evaluatie. In wat volgt zullen de vreemdelingen die woonachtig zijn op de gezinslocaties worden aangeduid als ‘bewoners’.

1.2 De evaluatie: onderzoeksvragen en onderzoeksmethoden

1.2.1 Onderzoeksvragen

De *centrale onderzoeksvragen* van dit onderzoek luiden: Welke veronderstellingen liggen ten grondslag aan de pilot Activeren bewoners gezinslocaties, hoe is de pilot geïmplementeerd, hoe ervaren bewoners en uitvoerders de pilotactiviteiten en in hoeverre sluiten hun ervaringen aan bij de doelen die werden gesteld?
De bijbehorende deelvragen betreffen de opzet en achtergronden van de pilot, de implementatie en uitvoering van de pilot en de waardering van de verschillende activiteiten binnen de pilot.

---

10 Kamerbrief regeling langdurig verblijvende kinderen, 21 december 2012.

11 In Vught zijn van 2011 tot 2013 gezinnen met minderjarige kinderen geplaatst; in Vlagtwedde alleen in 2011 en 2012. De gezinslocaties Goes en Almelo waren op het moment van schrijven nog open als gezinslocatie, maar zullen in de nabije toekomst weer AZC worden.

12 Zie bijvoorbeeld Defense for children (2011) en Werkgroep Kind in AZC (2013).

Opzet en achtergronden van de pilot

1 Hoe is de pilot tot stand gekomen? (Wat was de aanleiding, welke actoren waren betrokken en wat was hun rol?)
2 Wat is de inhoud van de pilot, op welke doelgroep is de pilot gericht, welke doelen worden met de pilot nagestreefd en welke veronderstellingen liggen ten grondslag aan de pilot wat betreft de wijze waarop die doelen bereikt kunnen worden (wat zijn de veronderstelde werkzame mechanismen)?
3 Wat kan op basis van de internationale (wetenschappelijke) literatuur geconcludeerd worden over de veronderstelde werkzame mechanismen?

Implementatie en uitvoering van de pilot

4 Hoe is de pilot geïmplementeerd op de verschillende gezinslocaties?
5 Welke activiteiten vinden er plaats in het kader van de pilot? In hoeverre zijn de verschillende pilotactiviteiten te onderscheiden van de activiteiten die al plaatsvinden op de gezinslocaties?
6 Hoe worden de bewoners bereikt en hoe ziet de bereikte groep bewoners er uit? Komt de bereikte doelgroep overeen met de beoogde doelgroep? Zo niet, hoe is deze discrepantie te verklaren? Wat zijn voor bewoners overwegingen geweest om al dan niet aan de pilotactiviteiten deel te nemen?

Waardering van de pilotactiviteiten

7 Hoe worden de verschillende pilotactiviteiten door de bewoners en de uitvoerders gewaardeerd? Welke positieve punten worden gesignaleerd en welke elementen zijn volgens hen voor verbetering vatbaar?
8 In hoeverre sluiten de ervaringen van bewoners en uitvoerders met de pilotactiviteiten aan bij de gestelde doelen?
   a Zijn er aanwijzingen dat de ervaren gezondheid van de bewoners samenhangt met de omstandigheden in de gezinslocatie en de pilotactiviteiten in het bijzonder?
   b Zijn er aanwijzingen dat omstandigheden in de gezinslocaties, in het bijzonder de verschillende pilotactiviteiten, een rol spelen bij het besluitvormingsproces van bewoners met betrekking tot zelfstandige terugkeer?

1.2.2 Onderzoeksmethoden

In dit cross-sectionele onderzoek zijn voor het beantwoorden van bovenstaande onderzoeksvragen verschillende methoden van onderzoek en verschillende informatiebronnen gebruikt (methoden- en bronnentriangulatie), zodat onderbouwing kon worden verkregen vanuit diverse perspectieven.

Analyse van beleidsdocumenten, kamerstukken en documentatiemateriaal
De beschikbare beleidsdocumenten en kamerstukken zijn bestudeerd om de achtergrond van de pilot, de geformuleerde plannen, gestelde doelen en veronderstelde mechanismen over de werking van activering in beeld te brengen.

Interviews met sleutelfiguren
Om de achtergronden, de plannen en de doelen van de pilot te reconstrueren zijn aanvullend semigestructureerde interviews afgenomen bij sleutelfiguren die betrokken waren bij de totstandkoming van de pilot. Er is gesproken met:
- Coördinatoren van de pilot werkzaam bij het COA en de DT&V (2);
- Beleidsmedewerker van de Directie Migratiebeleid (DMB, Ministerie van Veiligheid en Justitie), afdeling Asiel, Opvang en Terugkeer (AO&T) (1);

- Locatiemanagers (COA) van de gezinslocaties in Gilze, Burgum en Den Helder (de pilotlocaties) (3).

Informatie over de implementatie van de pilot op de verschillende locaties, over hoe de pilotactiviteiten zich verhouden tot de activiteiten die al plaatsvinden op de locaties, over hoe de bewoners worden bereikt en hoe de bereikte groep bewoners eruit ziet, wordt verkregen uit deze interviews met sleutelinformanten. Ook de interviews met uitvoerend medewerkers van het COA en de DT&V, met overige partijen die werkzaam zijn op de locaties en met bewoners (zie later in deze paragraaf) leveren informatie op over de implementatie.[13] Daarnaast zijn bijeenkomsten bijgewoond, zoals het pilotoverleg, dat elke zes weken plaatsvindt tussen coördinatoren van de pilot van de DT&V en het COA, de locatiemanagers en de senior regievoerders van de DT&V van de pilotlocaties.[14]

Literatuurstudie
In eerste instantie is met behulp van *google scholar* gezocht naar empirische (review) studies over hospitalisatie/institutionalisme en activering in de asielopvang.[15] Daarbij is in het bijzonder gelet op typen *activiteiten* en vormen van *activering* zoals die ook worden ingezet in het kader van de pilot,[16] zo mogelijk in de beoogde doelgroep (vreemdelingen zonder rechtmatige verblijfsstatus, met minderjarige kinderen). Toen dit slechts zeer beperkte resultaten opleverde is breder gezocht naar voorbeelden van activering en hospitalisatie/institutionalisme in andere institutionele settings, zoals in ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, gevangenissen en in relatie tot langdurig werkelozen. Van alle gevonden relevante studies is de literatuurlijst nagelopen op mogelijk andere relevante publicaties en is nagegaan of er latere publicaties zijn waarin naar deze studies is verwezen. Via *google*[17] is aanvullend (in het Nederlands) gezocht in de 'grijze literatuur'.[18] Ook is gezocht naar aanwijzingen voor de werkzaamheid (en niet-werkzaamheid) van de veronderstelde werkzame mechanismen binnen de pilot. Daarbij ging het om voorbeelden van activiteiten gericht op terugkeer, literatuur over de gezondheid van (uitgeprocedeerde) asielzoekers, toegang tot de gezondheidszorg en studies waarin activering in verband wordt gebracht met gezondheid en welzijn of welbevinden[19] in het algemeen. Tot slot is gezocht naar studies waarin het welzijn en de gezondheid[20]

---

[13] De topiclijsten die als leidraad zijn gebruikt tijdens de interviews zijn opgenomen in bijlage 1.

[14] En bijeenkomsten van het COA in het kader van het EVF-project Activeren van bewoners.

[15] Met behulp van verschillende combinaties van zoektermen, zoals *reception centre, asylum centre, activation, activity program, hospitalisation, institutionalism, asylum seekers, involuntary/voluntary return, migration, empowerment, participation.*

[16] Waarbij activering volgens de coördinatoren van de pilot kan worden opgevat als het 'in beweging brengen (of houden) van de bewoners' zodat bewoners weer 'regie krijgen'.

[17] Gebruikte zoektermen onder andere *activering, sociale activering, empowerment, participatie, asielzoekers.*

[18] Op de Fourth International Conference on Grey Literature in Washington, DC (oktober 1999) is grijze literatuur als volgt gedefinieerd: 'That which is produced on all levels of government, academics, business and industry in print and electronic formats, but which is not controlled by commercial publishers.' (www.greylit.org/about, geraadpleegd op 19 januari 2015). Grijze literatuur kan bestaan uit gepubliceerde en ongepubliceerde rapporten, memoranda en documenten, maar bijvoorbeeld ook scripties en proefschriften.

[19] In dit rapport hanteren wij welzijn en welbevinden als synoniemen.

[20] Anders dan de World Health Organization, die in haar definitie welzijn opvat als een onderdeel van gezondheid 'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity' (Official Records of the WHO, no 2, p. 100), maar in lijn met veel onderzoek, behandelen wij beide concepten separaat.

van (uitgeprocedeerde) asielzoekers in verband wordt gebracht met zelfstandige terugkeer naar het land van herkomst.

Analyse van gegevens over in- en uitstroom van gezinslocaties
Met behulp van registratiegegevens van de DT&V is in kaart gebracht hoe de groep eruit ziet die op de gezinslocaties woonachtig is. Gegevens op individueel niveau over alle bewoners die vanaf de oprichting van de gezinslocaties, al dan niet met onderbrekingen, onderdak hebben gekregen op de gezinslocaties zijn geanalyseerd. Er is in kaart gebracht wat de verblijfsduur is van de bewoners en, indien van toepassing, op welke manier zij zijn uitgestroomd. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen zelfstandige terugkeer, gedwongen terugkeer, (tijdelijke) statusverlening en vertrek met onbekende bestemming. Op deze manier kan meer inzicht worden verkregen in de in- en uitstroom van bewoners van gezinslocaties en de mate van aantoonbaar vertrek uit Nederland. Bewonersgegevens zijn uitgesplitst naar leeftijd, sekse, nationaliteit en de specifieke gezinslocatie.

Analyse van registratiegegevens
Om de met de pilot bereikte groep bewoners in beeld te kunnen brengen, zijn door het COA en de DT&V registraties bijgehouden over de deelname van bewoners aan activiteiten. Aan deze gegevens is informatie gekoppeld over de achtergrond van de bewoners, onder andere nationaliteit, leeftijd, sekse. Op basis van deze gegevens is nagegaan of de beoogde doelgroep aan de activiteiten deelneemt en wat de achtergrondkenmerken zijn van de bewoners die met de pilotactiviteiten worden bereikt. Niet voor alle onderdelen van de pilot kon de deelname geregistreerd worden; dit geldt bijvoorbeeld voor zelfstandig gebruik van sportfaciliteiten.

Interviews met bewoners
Er zijn 23 semigestructureerde diepte-interviews gehouden met bewoners uit de vier grootste herkomstgroepen (Armenen, Afghanen, Irakezen en Somaliërs) en drie andere landen van herkomst. De interviews hebben face-to-face plaatsgevonden op de pilotlocaties. Bewoners zijn in samenwerking met het COA geworven.
De interviews zijn in verschillende talen gevoerd, waarbij indien nodig gebruik is gemaakt van een telefonische tolk. Bij de werving van respondenten is gestreefd naar een gelijk aantal respondenten over de drie locaties en naar een verdeling naar rato van bewoners die wel of niet hebben deelgenomen aan activiteiten. Daarnaast is gekeken naar een diversiteit van achtergrondkenmerken, zoals nationaliteit, sekse, leeftijd en gezinssamenstelling. Bewoners zijn bevraagd over hun bekendheid met de activiteiten en hun redenen om al dan niet deel te nemen; hun leven op de gezinslocatie; gezondheid; hun oordeel over de pilotactiviteiten en de betekenis die eventuele deelname aan deze activiteiten voor hen heeft gehad.[21]

Observatie
Ten behoeve van de interviews zijn bezoeken gebracht aan de gezinslocaties die deelnemen aan de pilot. Tijdens deze bezoeken zijn ook korte informele gesprekken gevoerd met bewoners, medewerkers en bij pilotactiviteiten betrokken vrijwilligers.

Interviews met uitvoerend medewerkers (COA, DT&V)
Om de implementatie van de pilot verder in kaart te kunnen brengen zijn ook negen interviews afgenomen bij woonbegeleiders, programmabegeleiders, casemanagers en huismeesters van het COA en (senior) regievoerders van de DT&V.

---

[21] De topiclijsten die zijn gebruikt tijdens deze interviews zijn te vinden in bijlage 2.

Tijdens de interviews is onder andere nader ingegaan op de implementatie van de pilot op de gezinslocaties, op de verhouding van de pilotactiviteiten met de activiteiten die al plaatsvinden op de locaties, op de manier waarop bewoners worden bereikt en hoe de bereikte groep gekenmerkt kan worden, op de waardering van de verschillende activiteiten en op de relatie tussen de activiteiten en gestelde doelen (zelfstandige terugkeer, gezondheid).[22]
Aanvullend zijn interviews afgenomen bij enkele medewerkers die een coördinerende of organisatorische rol kenden tijdens de uitvoering van de pilot. Zo is gesproken met de opleidingscoördinator van de DT&V die de cursussen in het kader van de pilot heeft georganiseerd en met een medewerker van Solid Road die in het kader van de pilot een aantal cursussen heeft aangeboden aan de bewoners van de gezinslocaties. Tijdens deze interviews is gesproken over de implementatie van de cursussen, over de ervaringen tijdens de cursusperioden en de te verwachten effecten van de cursussen.[23] Bovendien zijn na afloop van de pilot afsluitende gesprekken gevoerd met de locatiemanagers van de pilotlocaties.[24] Tijdens deze gesprekken werd ingegaan op de uitvoering van de plannen die aan het begin van de pilot zijn geformuleerd en op andere zaken die van belang zijn geweest bij de implementatie, op mogelijkheden voor verbetering van de pilot en op (te verwachten) effecten.[25]

Interviews met overige partijen
Naast medewerkers van het COA en de DT&V zijn negen medewerkers geïnterviewd van andere organisaties die werkzaam zijn op de pilotlocaties, en die daarom vanuit een andere achtergrond naar de pilotactiviteiten kunnen kijken. Het betreft de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM), het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A), jeugdgezondheidszorg GGD, de GGZ en Stichting De Vrolijkheid.[26] In deze interviews is de betrokkenen gevraagd naar hun ervaringen met de pilot en de waardering voor de pilotactiviteiten in relatie tot de gestelde doelen.

Evaluaties van cursussen
De DT&V heeft deelnemers aan cursussen na afloop een evaluatieformulier laten invullen. Deze informatie is bestudeerd.

1.3 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 wordt de achtergrond van de pilot Activeren bewoners gezinslocaties beschreven. Na een beschrijving van de gang van zaken op de locaties en van de in- en uitstroom van de bewoners en van hun kenmerken, wordt ingegaan op de doelstellingen van de pilot en op de veronderstellingen vanuit het beleid over werkzame mechanismen binnen de pilot. In hoofdstuk 3 worden de in hoofdstuk 2 beschreven veronderstelde werkzame mechanismen getoetst aan nationale en

---

22 De topiclijsten die zijn gebruikt tijdens de interviews met COA- en DT&V-medewerkers zijn te vinden in bijlage 3 en 4.

23 Tijdens deze gesprekken zijn aangepaste topiclijsten van de lijst voor de gesprekken met DT&V-medewerkers gebruikt.

24 Omdat de locatiemanager uit Burgum tijdens de pilotperiode naar een andere functie is overgestapt, is het afsluitende gesprek in Burgum gevoerd met de medewerker die het COA-deel van de pilot heeft geregisseerd en is vrijgesteld van andere taken.

25 De topiclijst voor de afsluitende gesprekken met de locatiemanagers is te vinden in bijlage 5.

26 De topiclijst voor de gesprekken met medewerkers van de GC A is terug te vinden in bijlage 6. Voor de gesprekken met IOM en De Vrolijkheid zijn aangepaste topiclijsten gebruikt van de lijsten voor gesprekken met medewerkers van de DT&V en het COA.

internationale (wetenschappelijke) literatuur over activering. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 een overzicht gegeven van de implementatie, organisatie en uitvoering van de pilotactiviteiten op de drie locaties en van de deelname aan de pilotactiviteiten. In hoofdstuk 5 staan de ervaringen van de bewoners met de pilot centraal en in hoofdstuk 6 die van de uitvoerend medewerkers van het COA en de DT&V. Medewerkers van andere organisaties die werkzaam zijn op de locaties komen in beide hoofdstukken aan het woord. Het rapport wordt besloten met een concluderend hoofdstuk 7.

2 De gezinslocaties en de pilot: opzet en achtergronden

In het voorgaande hoofdstuk werd duidelijk dat het advies van de ACVZ 'Verloren tijd' de directe aanleiding vormde voor de pilot Activeren ing bewoners gezinslocaties'.[27] In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de totstandkoming van de pilot, en worden de doelstellingen en de – vanuit het beleid – veronderstelde werkzame mechanismen vanuit verschillende perspectieven beschreven. Dit deel van het hoofdstuk is gebaseerd op een analyse van beleidsdocumenten en kamerstukken. Daarnaast zijn er zes interviews gehouden met sleutelfiguren zoals beleidsmakers en medewerkers van het COA en de DT&V die bij de totstandkoming van de pilot betrokken waren.
Maar eerst wordt, in aanvulling op wat in het eerste hoofdstuk aan de orde kwam over de gezinslocaties, een beschrijving gegeven van de gang van zaken op de gezinslocaties en – op basis van registratiegegevens van de DT&V – van de in- en uitstroom en van kenmerken van de bewoners.

2.1 De gezinslocaties

2.1.1 Leefomstandigheden op de gezinslocaties

Bewoners van gezinslocaties zijn doorgaans uitgeprocedeerd en hebben daarom niet langer dezelfde rechten op vergoedingen als mensen die nog in procedure zijn.[28] Voor volwassen gezinsleden geldt een 'sober voorzieningenniveau', met een 'regime dat primair gericht is op vertrek'.[29] Dit betekent dat zij onder andere geen reiskostenvergoeding ontvangen voor juridische procedures. Wel wordt er leefgeld verstrekt en zijn er mogelijkheden om in geval van medische behandelingen de reiskosten te vergoeden. De hoogte van dit leefgeld is voor volwassen bewoners lager dan op basis van de Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen (Rva) aan vreemdelingen in procedure wordt verstrekt, omdat er voor volwassenen geen zakgeldcomponent is opgenomen en het alleen een vergoeding voor voedsel betreft.[30] Op basis van interviews met bewoners kwalificeerde de Werkgroep Kind in azc dit bedrag in 2011 overigens als onvoldoende om basale levensbehoeften als voedsel, luiers, babyvoeding en kleding te financieren. Deze organisatie heeft dan ook forse kritiek geuit op het 'sanctieregime' dat heerst op gezinslocaties, waarbij kleine vergrijpen met boetes worden bestraft die ten koste gaan van het al beperkte gezinsinkomen.[31] Verder mogen volwassenen niet werken

---

[27] TK 2012–2013, 19 637, nr. 1721.

[28] In de Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005 (Rva) staan alle verstrekkingen beschreven waar asielzoekers in procedure recht op hebben, zoals wekelijks leefgeld, vergoeding van reiskosten naar artsen en juridische kosten, waaronder reiskosten naar advocaten, rechtbank, etc. (Kamerbrief gezinslocaties, 2011).

[29] Kamerbrief gezinslocaties, 21 december 2011.

[30] In 2014 bedroeg dit tussen de € 33,15 en € 44,80 per volwassene per week afhankelijk van leeftijd, gezinssamenstelling en of er een centrale keuken aanwezig is (Werkgroep Kind in azc, 2014).

[31] De Werkgroep Kind in azc is een coalitie van UNICEF Nederland, Defence for Children International, Vluchtelingenwerk Nederland, Stichting Kinderpostzegels Nederland en Kerk in Actie. Deze werkgroep deed in onderzoek naar de leefomstandigheden op gezinslocaties, gepubliceerd in de rapporten: De gezinslocaties in Gilze Rijen en Katwijk: geen plek voor een kind (2011) en 'Het is hier in één woord gewoon... stom!' Onderzoek naar het

of studeren, maar een deel van hen kan wel tegen een kleine vergoeding klusjes doen op de gezinslocatie.
Voor kinderen is het voorzieningenniveau op een gezinslocatie hetzelfde als in een AZC, Zij blijven recht houden op onderwijs gedurende hun verblijf op een gezinslocatie. Voor basisonderwijs kunnen kinderen vaak op de gezinslocatie naar school, voor middelbaar onderwijs wordt een plek op een reguliere middelbare school gezocht.[32]
De medische zorg op gezinslocaties wordt, net als op de andere locaties van het COA, uitgevoerd door het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A), onderdeel van zorgverzekeraar Menzis. Voor kinderen is daarnaast preventieve jeugdgezondheidszorg aanwezig, waarin onder andere het reguliere rijksvaccinatieprogramma wordt aangeboden. Terwijl kinderen die verblijven op een gezinslocatie, net als in een AZC, volledig recht blijven houden op gezondheidszorg, hebben volwassenen op basis van de zogeheten Koppelingswet alleen recht op medisch noodzakelijke zorg, te beoordelen door de zorgverlener.[33] In hoofdstuk 5 zullen wij de ervaringen van bewoners met de toegang tot de gezondheidszorg verder beschrijven.

2.1.2 Meldplicht en andere beperkingen

Voor bewoners van gezinslocaties gelden verschillende beperkingen. Deels zijn deze gelijk aan de beperkende maatregelen op reguliere AZC's; een ander deel van de maatregelen is specifiek voor de gezinslocaties. Een medewerker van het COA geeft tijdens een interview aan dat een groot aantal zaken wettelijk beperkt is op gezinslocaties en dat er daarnaast weinig mogelijkheden zijn voor ontspanning:

> 'Vanwege het sobere regime is er niet zoveel te doen op de gezinslocaties. Bewoners hebben weinig mogelijkheden, mogen niet studeren, hebben geen financiële middelen, ze mogen niet de gemeentegrenzen uit, ze kunnen meestal geen vrijwilligersverklaring aanvragen als ze vrijwilligerswerk willen doen (coördinator pilot COA).'

Aan gezinnen met minderjarige kinderen die op een gezinslocatie verblijven wordt in principe een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd.[34] Dat betekent dat gezinsleden zich niet buiten de grenzen mogen begeven van de gemeente waar de gezinslocatie is gevestigd. Voor schoolgaande minderjarige kinderen wordt een uitzondering gemaakt om onderwijs te kunnen volgen. Met het opleggen van de maatregel krijgen gezinsleden ouder dan twaalf jaar tevens een wekelijkse meldplicht bij de Vreemdelingenpolitie. Daarnaast kent het COA een dagelijkse inhuisregistratie. Dit

---

welzijn en perspectief van kinderen en jongeren in gezinslocaties (2014). Voor de kabinetsreacties op deze rapporten zie: TK 2011-2012, 29 344, nr. 85 en de kamerbrief van 13 november 2014.

[32] In 2011-2012 bleek het problematisch om geschikte plaatsen te vinden op middelbare scholen en speciaal onderwijs voor de kinderen op gezinslocaties. In reactie heeft de staatssecretaris aangekondigd dat kinderen voortaan pas zullen worden overgeplaatst wanneer duidelijk is dat zij binnen twee weken na overplaatsing toegang tot een school zullen hebben (Kamerbrief gezinslocaties, 2011).

[33] Artikel 10 van de Vreemdelingenwet 2000. Zie ook het rapport van de Nationale Ombudsman Medische zorg vreemdelingen. Over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers, oktober 2013.

[34] Artikel 56 Vw 2000. Artikel 10 van de Vreemdelingenwet 2000, zie ook: Ombudsman 2013. Als voorwaarde geldt dat de openbare orde de toepassing van de maatregel moet vorderen. Overwegingen die daarbij een rol spelen zijn: geen geldig identiteitsdocument, geen vaste woon- of verblijfsplaats in Nederland (meer), onvoldoende middelen van bestaan en/of niet voldaan hebben aan de verplichting om uit eigen beweging Nederland te verlaten (Kamerbrief gezinslocaties, 21 december 2011).

betekent dat gezinsleden zich dagelijks (met uitzondering van zon- en feestdagen) moeten melden. Op afwezigheid staan (financiële) sancties. Defence for Children en Unicef besteden in 2011 in het rapport *De gezinslocaties in Gilze Rijen en Katwijk: geen plek voor een kind* uitgebreid aandacht aan de gevolgen van de dagelijkse meldplicht voor het welzijn van de bewoners. De dagelijkse meldplicht van ouders zou volgens de auteurs de vrijheid van kinderen te sterk beperken en kerkbezoek en het onderhouden van contacten met familie of vrienden elders in Nederland onmogelijk maken. In een reactie op deze kritiek heeft de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie in een brief aan de Kamer laten weten de inhuisregistratie voortaan niet meer op zon- en feestdagen te laten plaatsvinden, omdat dit te belastend zou zijn voor bewoners.[35] In een recent (oktober 2014) vervolgrapport getiteld *'Het is hier in één woord gewoon... stom!' Onderzoek naar het welzijn en perspectief van kinderen en jongeren in gezinslocaties*, van de Werkgroep Kind in azc komt echter opnieuw naar voren dat ook deze ingeperkte meldplicht door jongeren wordt ervaren als een belangrijke beperking in het dagelijks leven op gezinslocaties.[36]

2.1.3 De bewoners op de gezinslocaties

In deze paragraaf wordt eerst een beschrijving gegeven van de achtergronden van de bewoners van de gezinslocaties, hoe lang zij op de gezinslocaties verblijven en wat de redenen zijn waarom zij uitstromen. Het gaat hierbij om de bewoners die op enig moment sinds de oprichting in 2011 op een van de locaties hebben verbleven.[37] Op basis van DT&V-gegevens wordt in deze paragraaf een beeld geschetst van de bewonerspopulatie van de gezinslocaties, de duur van het verblijf op, en eventuele vertrek uit de locaties. In box 1 worden de DT&V gegevens en wat we daarmee hebben gedaan nader beschreven. Sommige gegevens rapporteren we op het niveau van de vreemdeling, andere op het niveau van het gezin. De informatie wordt in enkele tabellen uitgesplitst naar 'cohorten'; jaren waarin de betrokken personen of gezinnen voor de eerste maal in een van de gezinslocaties werden geplaatst. Vervolgens behandelen we de verblijfsduur op en uitstroom uit de gezinslocaties.

---

[35] TK 2011-2012, 29 344, nr. 85. Zie ook de uitspraak van de rechtbank 's Gravenhage van 7 november 2012, ECLI:NL:RBSGR:2012:BY2400, waarin de rechtbank vaststelt dat er op gezinslocatie Katwijk geen sprake is van een humanitaire noodsituatie. De rechtbank neemt de maatregelen die sinds het verschijnen van het rapport van Defence for Children en Unicef zijn genomen daarbij in aanmerking.

[36] Voor de kabinetsreactie op dit rapport zie de kamerbrief van 13 november 2014. De staatssecretaris herkent zich niet in de conclusies van de werkgroep op basis van dit belevingsonderzoek en neemt de aanbevelingen niet over. De meldplicht wordt in de reactie van de staatssecretaris overigens niet genoemd.

[37] We beschikken over gegevens tot 1 maart 2015, de datum dat de pilot officieel werd afgesloten.

Box 1 Beschrijving DT&V-gegevens instroom en uitstroom gezinslocaties

De DT&V heeft vanaf het moment dat de eerste gezinslocaties werden geopend in de zomer van 2011 van elke nieuwe instroom op die locaties verschillende gegevens geregistreerd, zoals demografische kenmerken van de betrokken vreemdelingen (sekse, leeftijd, nationaliteit), in- en uitstroomdatums en redenen voor uitstroom. Voor elke vreemdeling die op een van de gezinslocaties instroomde is een gezins-uniek nummer geregistreerd (een nummer dat voor de leden van een gezin hetzelfde is). Het gaat om 5.299 verschillende vreemdelingen.[38] Het aantal keren dat een persoon is 'ingestroomd' ligt hoger dan 5.299, namelijk op 6.763, omdat er in 1.464 gevallen een vreemdeling instroomde die al eens eerder was ingestroomd (op dezelfde of op een andere locatie). Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer een vreemdeling na verblijf op een gezinslocatie tijdelijk weer recht op AZC-opvang krijgt en na afloop van het recht op opvang opnieuw onderdak krijgt op dezelfde of een andere gezinslocatie. Het komt ook geregeld voor dat dergelijke personen in de 'opvang'-periode gewoon op de gezinslocatie blijven wonen; zij stromen dan alleen in naam uit omdat er strikt gesproken geen sprake meer is van 'onderdak', maar van 'opvang'. Zij tellen maar één keer mee in de gerapporteerde aantallen. Volgens de registraties zijn in de periode juli 2011 tot maart 2015 twee personen overleden tijdens hun verblijf op de gezinslocatie. Deze personen zijn uit het bestand verwijderd.
De DT&V registreert niet of er sprake is van een gezin met twee ouders. Alleen de leeftijd en de sekse van de gezinsleden is bekend, en het gegeven dat er een gezinsband is, maar niet de aard van de gezinsband. Ouderschap is als volgt bepaald: waar de twee oudste gezinsleden maximaal 15 jaar in leeftijd verschilden, en waar de jongste van deze twee oudste personen op het moment van instroom 15 jaar of ouder was, namen we aan dat het hierbij ging om twee ouders. Het is denkbaar dat deze aanname in enkele gevallen onterecht is, wanneer bijvoorbeeld een jongvolwassene met één of meerdere jongere broer(s) of zus(sen) op de locatie verblijft, of wanneer ook een ander familielid (oom, tante, jonge grootouder) bij een alleenstaande ouder verblijft die niet meer dan 15 jaar in leeftijd scheelt. Ook registreert de DT&V niet als zodanig of er sprake is van een geboorte van een kind tijdens het verblijf op de gezinslocatie, maar in geval van geboortedatums gelijk aan of later dan de datum van instroom op de gezinslocatie, namen we aan dat het kind tijdens het verblijf van de ouders op de locatie is geboren.

In totaal werden er in de periode juli 2011 tot maart 2015 5.299 verschillende personen op een gezinslocatie geplaatst (tabel 2.1). Het gaat om alle personen die op enig moment in de genoemde periode op een van de gezinslocaties verbleven; sommigen van hen verblijven momenteel nog op de locatie, terwijl anderen er slechts enkele weken hebben verbleven. De grootste instroom vond in 2012 plaats; de instroom nam na dat jaar af. De gezinnen bestaan uiteraard uit meerdere personen: in de tabel is bijvoorbeeld te zien dat er in 2012 521 gezinnen op de locaties zijn ingestroomd die uit in totaal 1.823 personen bestonden.

[38] Bij de DT&V-cijfers moet het volgende voorbehoud worden gemaakt: voor de absolute juistheid van de in het registratiesysteem van de DT&V vermelde gegevens kan niet worden ingestaan. De achtergrond hiervan is tweeledig. Ten eerste kost de administratieve verwerking van dossiers enige tijd. Hierdoor kunnen gegevens buiten beschouwing zijn gebleven indien de rapportagedatum dicht bij de rapportageperiode ligt. Het gevolg is dat cijfers over eenzelfde periode in toekomstige rapportages marginaal kunnen afwijken van de thans verstrekte informatie. Ten tweede is het registreren mensenwerk. De DT&V heeft constante aandacht voor de vulling van het systeem en de controle daarop. Ondanks deze inspanningen kan het voorkomen dat de verstrekte gegevens onvolkomenheden bevatten.

Tabel 2.1 Instroom nieuwe bewoners per jaar

	Totaal	
Cohort	Aantal personen	Aantal gezinnen
2011	1.084	329
2012	1.823	521
2013	1.335	382
2014	938	285
2015[39]	119	38
Totaal	**5.299**	**1.555**

In tabel 2.2 is te zien dat op de locaties iets meer vrouwen verblijven dan mannen en vanzelfsprekend bestaat een groot deel van de bewonerspopulatie uit minderjarigen. De leeftijd van de bewoners is gemeten op het eerste moment van instroom op een van de gezinslocaties. Door het bestand in te delen in gezinnen in plaats van personen kon de gezinssamenstelling bekeken worden: in hoeveel gezinnen waren twee ouders aanwezig, in hoeveel gezinnen was slechts één meerderjarige aanwezig en in hoeveel gezinnen werd een kind geboren tijdens het verblijf op de gezinslocatie?

Tabel 2.2 Persoons- en gezinskenmerken bewoners

Persoonskenmerken	N	%
Sekse		
Man	2.441	46
Vrouw	2.858	54
Leeftijd		
0-8 jaar	1.937	37
9-15 jaar	713	13
16-18 jaar	214	4
19-25 jaar	504	9
26-40 jaar	1.462	28
41-60 jaar	444	8
61 jaar of ouder	25	0
Gezinskenmerken		
Aantal gezinnen met twee ouders	550	35
Aantal gezinnen met één meerderjarige	737	47
Aantal gezinnen waarbij kind is geboren in GL	189	12

Van de 732 gezinnen met op het moment van instroom slechts één meerderjarig gezinslid, is de meerderjarige in 683 gevallen een vrouw en in 49 gevallen een man.[40] Het lijkt in die gevallen dus relatief vaak te gaan om alleenstaande moeders. In 189 gezinnen is een kind geboren tijdens het verblijf op een van de gezinslocaties.

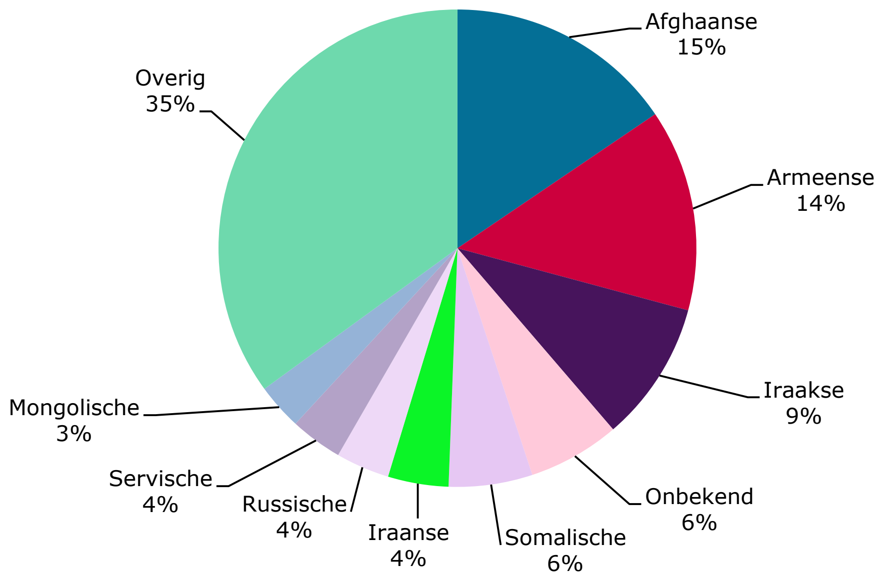
---

39 De gegevens over het jaar 2015 betreffen alleen de maanden januari en februari.

40 Het aantal eenoudergezinnen en gezinnen met twee ouders telt niet op tot 100%. Zoals wordt uitgelegd in box 1 wordt de gezinssamenstelling/ouderschap niet als zodanig geregistreerd, en is het vermelde aantal een- en tweeoudergezinnen een schatting op basis van een aantal criteria. Een aantal gezinnen valt buiten deze criteria. Zo zijn er ook eenoudergezinnen met een minderjarige ouder of alleenstaande minderjarigen die als gezin zijn geregistreerd op de locatie.

Figuur 2.1 bevat een overzicht van de nationaliteiten van de bewoners op de gezinslocaties. De nationaliteiten die minder dan 3% van het totale aantal personen van een instroomjaar beslaan vormen samen de categorie 'overig'.[41] De samenstelling van de instroom verschilt per jaar. In bijlage 7 zijn de nationaliteiten per instroomjaar weergegeven.

Figuur 2.1 Nationaliteiten bewoners

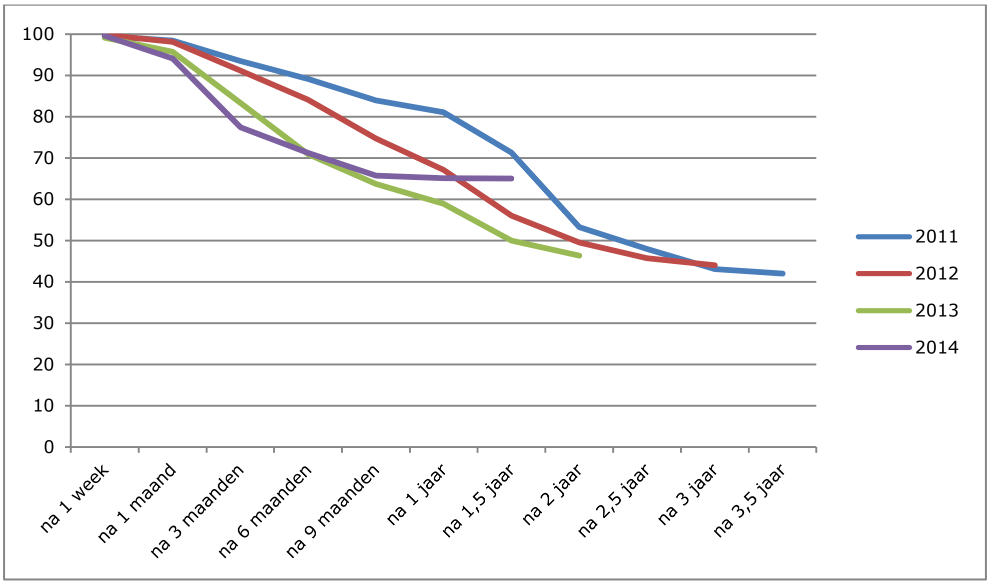


Verblijfsduur en wijze van uitstroom

Figuur 2.2 laat per cohort zien hoe de uitstroom gedurende het verblijf verloopt. De lijn geeft het percentage 'overblijvende' personen weer naar de duur van het verblijf op de gezinslocaties. Omdat op peildatum 1 maart 2015 slechts twee maanden zijn verstreken, zijn de personen die in 2015 instroomden uit deze en de volgende tabellen weggelaten. De duur van het verblijf is berekend aan de hand van de datum van eerste instroom op de gezinslocatie en de datum van laatste uitstroom uit een van de gezinslocaties. Eventuele over- en herplaatsingen zijn buiten beschouwing gelaten.

[41] In de categorie 'overig' vallen (voor de cohorten 2011-2015 samen) in totaal 74 nationaliteiten.

Figuur 2.2 Percentage 'overblijvende' personen op de gezinslocaties na verschillende verblijfsduur (op peildatum 1 maart 2015), uitgesplitst naar jaar van instroom



Er kan worden geconstateerd dat na verloop van tijd weliswaar een niet onaanzienlijke groep uitstroomt – voor degenen die in de periode 2011-2013 instroomden is dat zelfs meer dan de helft. Tegelijkertijd blijken de meeste gezinnen langdurig verblijf te hebben in de gezinslocaties. Voor personen die in 2011-2013 instroomden stabiliseert het aandeel 'overblijvende' personen na een jaar of drie op circa 40%. Voor de personen die in 2014 instroomden zou het aandeel overblijvende personen wel eens op een hoger niveau kunnen stabiliseren. Circa tweederde van dit laatste cohort had na 1,5 jaar nog onderdak, en er vindt na negen maanden niet veel additionele uitstroom meer plaats. Verdere opsplitsing van de gegevens (cijfers getoond in bijlage 8) leert dat de overblijvende personen op de gezinslocaties voornamelijk Armenen, Afghanen, Irakezen en Somaliërs zijn.
In tabel 2.3 zijn de typen uitstroom weergegeven naar het jaar van instroom en het jaar van vertrek uit de gezinslocatie. Uit de tabel is bijvoorbeeld af te lezen dat van de 1.084 personen die in 2011 zijn ingestroomd in het jaar 2014 zeven personen zijn uitgezet. De totalen in de onderste rij laten zien dat de meeste vreemdelingen die op enig moment instroomden voor zover bekend nog steeds in Nederland verblijven, hetzij met een verblijfsvergunning, hetzij op een van de gezinslocaties, hetzij in de illegaliteit (een deel van de degenen die met onbekende bestemming vertrokken is mogelijk nog in Nederland). Het grootste deel van de uitstromende bewoners blijkt te vertrekken vanwege het krijgen van een verblijfsvergunning, en dit heeft voornamelijk in de jaren 2013 en 2014 plaatsgevonden. Zo is 24%van alle bewoners die in het jaar 2011 zijn ingestroomd op een gezinslocatie in 2013 vertrokken uit de locatie vanwege het verkrijgen van een verblijfsvergunning. In de DT&V registraties is niet zichtbaar of het bij uitstroom vanwege een vergunning gaat om een asielvergunning of om een zogenoemde 'reguliere' vergunning, zoals een vergunning in het kader van het kinderpardon. Wel weten we dat in deze periode het kinderpardon werd afgewikkeld en dat het in een aantal gevallen gaat om een vergunning in het kader van die regeling. Daarnaast was het in de afgelopen jaren ook nog mogelijk om in het kader van de Regeling langdurig verblijvende kinderen aanspraak te maken op een verblijfsvergunning wanneer kinderen tijdens hun minderjarigheid minimaal vijf jaar in Nederland hebben verbleven en het gezin aan

een aantal voorwaarden voldoet. Verder is te zien dat bewoners die later (vanaf 2013) instroomden op een van de gezinslocaties wat vaker gebruikmaakten van zelfstandig vertrek via IOM of een andere NGO. Ook dit is niet verrassend, aangezien na de opening van de eerste gezinslocaties (in 2011 en 2012) vooral gezinnen werden geplaatst die al langdurig in Nederland waren. Volgens geïnterviewde DT&V-medewerkers zijn deze gezinnen over het algemeen moeilijker uit te zetten dan wel te bewegen tot zelfstandige terugkeer. Bovendien bleek uit eerder onderzoek dat de kans op terugkeer kleiner is voor asielzoekers die relatief lang op de afwijzing van het asielverzoek hebben moeten wachten (Leerkes et al., 2014). Wellicht geldt een dergelijke relatie niet alleen voor de procedureduur, maar ook voor de totale verblijfsduur in Nederland. Vertrek zonder toezicht ('met onbekende bestemming') komt het meest voor in het jaar van instroom of in het jaar erna.
De categorie 'nog niet definitief uitgestroomd' houdt in dat het 'type' uitstroom niet onder de categorieën van definitief vertrek uit de caseload van DT&V geschaard kan worden, of dat deze personen helemaal niet zijn uitgestroomd (een uitstroomdatum ontbreekt). Het betreft merendeels personen die nog op gezinslocatie verblijven, maar het gaat ook om personen die vanwege een nog lopende asielaanvraag tijdelijk opvang genieten. Ook personen met een tijdelijke verblijfsvergunning op medische gronden zijn tot de categorie 'nog niet definitief uitgestroomd' gerekend.

Tabel 2.3 Typen uitstroom naar jaar van instroom en jaar van vertrek

	Type uitstroom												
	Nog niet definitief uitgestroomd			Zelfstandige terugkeer		Uitzetting		Verblijfsvergunning		Vertrek zonder toezicht		Totaal	
Jaar instroom	N	%	Jaar vertrek	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2011 (N=1.084)	455	42	2011	19	2	0	0	3	0	28	3	50	5
			2012	32	3	22	2	70	6	67	6	191	18
			2013	7	1	12	1	256	24	26	2	301	28
			2014	4	0	7	1	61	6	11	1	83	8
			2015	0	0	0	0	4	0	0	0	4	0
2012 (N=1.823)	802	44	2012	87	5	23	1	48	3	65	4	223	12
			2013	97	5	39	2	386	21	68	4	590	32
			2014	6	0	14	1	123	7	52	3	195	11
			2015	1	0	4	0	2	0	6	0	13	1
2013 (N=1.335)	618	46	2013	137	10	10	1	116	9	59	4	322	24
			2014	110	8	11	1	137	10	88	7	346	26
			2015	6	0	10	1	16	1	17	1	49	4
2014 (N=938)	610	65	2014	130	14	16	2	44	5	82	9	272	29
			2015	18	2	6	1	10	1	22	2	56	6
Totaal (N=5180)	**2.485**	**48**		**654**	**13**	**174**	**3**	**1276**	**25**	**591**	**11**	**2695**	**52**

Typen uitstroom naar achtergrondkenmerken
Zowel gezinssamenstelling als nationaliteit bleek van invloed op de uitstroom van gezinnen uit de gezinslocaties. In tabel 2.4 worden de uitstroompercentages en -typen weergegeven per gezin (voor de verhouding persoon-gezin, zie tabel 2.4), uitgesplitst naar gezinnen waarbij volgens de eerder gegeven operationalisatie wel of niet twee ouders aanwezig zijn en voor personen met de vier meest voorkomende nationaliteiten. Er blijkt tussen de gezinnen met twee ouders en de overige gezinnen een groot verschil te zijn op het gebied van zelfstandig vertrek. Gezinnen met twee ouders zijn relatief vaker zelfstandig uit de gezinslocaties vertrokken in vergelijking met overige gezinnen (waarbij geen twee ouders aanwezig waren). Tussen de nationaliteiten bestaan grote verschillen in typen vertrek: zo keren Iraakse bewoners relatief vaak zelfstandig terug (13%), terwijl dit onder bewoners met de Somalische nationaliteit in de periode 2011 tot maart 2015 niet voorkwam. Uitzettingen hebben niet plaatsgevonden onder bewoners met de Iraakse nationaliteit; wel onder bewoners van de andere nationaliteiten. Van de bewoners met de Armeense nationaliteit kreeg 8% in de periode een verblijfsvergunning; voor de bewoners met de overige nationaliteiten ligt dit percentage een stuk hoger (tot 37% onder bewoners met de Iraakse nationaliteit). De Iraakse bewoners vertrokken het minst frequent zonder toezicht ('met onbekende bestemming') en bij de bewoners met de Afghaanse nationaliteit kwam deze vorm van vertrek uit de gezinslocaties het meeste voor. Uit de tabel blijkt tot slot dat de Armeense bewoners van de vier groepen het minst uitstroomden uit de gezinslocaties en Iraakse bewoners het meest.

Tabel 2.4 Percentages uitgestroomde gezinnen voor gezinnen met wel/niet twee ouders en voor personen met de vier meest voorkomende nationaliteiten, naar type vertrek

	Gezinnen met twee ouders	Overige gezinnen	Afghaanse	Armeense	Iraakse	Somalische
Zelfstandige terugkeer	17	8	2	8	13	0
Uitzetting	5	2	5	6	0	2
Verblijfsvergunning	22	23	31	8	37	32
Vertrek zonder toezicht	12	14	16	11	7	14
Nog niet definitief uitgestroomd	46	53	47	66	43	53
Totaal	**100 (N=736)**	**100 (N=819)**	**100 (N=821)**	**100 (N=724)**	**100 (N=504)**	**100 (N=300)**

De gezinsstructuur en de nationaliteit van bewoners vertonen dus samenhang met zelfstandige terugkeer. Dit betekent dat het moeilijk is om de uitstroom van de verschillende gezinslocaties met elkaar te vergelijken, aangezien de gezinslocaties behoorlijk verschillen in de samenstelling van de bewonerspopulatie voor wat betreft nationaliteit en het aantal eenoudergezinnen (zie bijlage 9). Het is dan ook niet mogelijk gebleken om de relatie tussen activering en vertrek te onderzoeken, omdat de verschillen tussen de pilotlocaties onderling en tussen pilotlocaties en andere gezinslocaties te groot zijn om een goede vergelijking te kunnen maken. Ook het feit dat er ook op niet-pilotlocaties aan activering wordt gewerkt bemoeilijkt een dergelijke vergelijking.

2.2 Totstandkoming pilot

2.2.1 Aanleiding

Zowel in de interviews met betrokkenen als in de bestudeerde stukken wordt het advies *Verloren tijd* van de ACVZ als aanleiding benoemd om meer aandacht aan activering te gaan besteden binnen de asielopvang en onderdak voor vreemdelingen zonder rechtmatig verblijf in Nederland. Dit heeft onder andere geleid tot het COA-programmaplan activering:

> 'Activering van bewoners is hoog op de politiek-bestuurlijke agenda komen te staan na de publicatie van het rapport 'Verloren tijd' van de ACVZ in het voorjaar van 2013. De staatssecretaris heeft naar aanleiding van dit rapport aan de Tweede Kamer geschreven dat hij het COA de opdracht heeft gegeven hiermee aan de slag te gaan. Wij zien het rapport en de opdracht van de staatssecretaris als een grote kans om activering weer in het centrum van onze werkzaamheden te plaatsen en zijn blij met de erkenning van het belang van activering. We starten een programma voor activering om er voldoende aandacht aan te geven (Programmaplan COA: p. 2-3).[42]'

Naast meer algemene aandacht voor activering in de opvang van asielzoekers en onderdak voor vreemdelingen zonder rechtmatig verblijf in Nederland is besloten om de aanbevelingen van de ACVZ in praktijk te brengen en te testen door middel van een pilot, uitgevoerd op gezinslocaties. Er is gekozen voor de gezinslocaties, omdat de behoefte aan activering daar het grootst zou zijn.[43] De staatssecretaris koppelt de keuze voor gezinslocaties bovendien aan het stimuleren van terugkeer van afgewezen asielzoekers naar hun land van herkomst. In tegenstelling tot bewoners van reguliere AZC's verblijven de bewoners van gezinslocaties over het algemeen immers onrechtmatig in Nederland en worden zij geacht aan terugkeer te werken:

> 'Ik wil in het bijzonder nagaan of het activeren van vreemdelingen in gezinslocaties en de vrijheidsbeperkende locatie bijdraagt aan het stimuleren van zelfstandige terugkeer. [...] Gegeven de huidige beperkte beschikbare financiële middelen, wil ik een pilot opzetten waarbij bijvoorbeeld mogelijkheden om kortlopende en praktische cursussen of activiteiten worden aangeboden die aansluiten bij de behoeften van vreemdelingen [...]. Nu terugkeer aan de orde is, zullen de activiteiten daar dan ook aan gerelateerd moeten zijn.[44]'

Voor de pilot zijn drie locaties geselecteerd: Gilze, Burgum en Den Helder. Uit de interviews ontstaat geen eenduidig beeld hoe deze selectie tot stand gekomen is. Locatiemanagers weten bijvoorbeeld niet waarom hun locatie is gekozen. Er is in ieder geval rekening gehouden met een geografische spreiding en een spreiding over 'oude' en 'nieuwe' gezinslocaties.[45]

---

[42] Ook is er een door het Europees Vluchtelingenfonds (EVF) gefinancierd project uitgevoerd dat resulteerde in het visiedocument 'Zin geven aan tijd' (Horbach, 2014).

[43] TK 2012–2013, 19 637, nr. 1721: p. 29.

[44] TK 2012–2013, 19 637, nr. 1721.

[45] Volgens de interviews met betrokkenen bij de pilot is dit omdat de 'oude' gezinslocaties, Gilze en Katwijk, een andere bewonerssamenstelling hebben dan de nieuwere locaties. Op de oude locaties zijn direct na opening vooral gezinnen geplaatst die al langdurig in Nederland waren. Deze gezinnen zijn volgens geïnterviewde DT&V-medewerkers over het algemeen moeilijker uit te zetten dan wel te bewegen tot zelfstandige terugkeer.

De pilot wordt uitgevoerd door de DT&V en het COA. Nadat de staatssecretaris in september 2013 in een Kamerbrief de pilot heeft aangekondigd is een werkgroep gevormd met daarin vertegenwoordigers van de DMB, het COA, en de DT&V en de locatiemanagers en senior regievoerders van de pilotlocaties.[46] In deze werkgroep is de inhoud van de pilot bepaald, is het beschikbare budget (€ 500.000,-) verdeeld en is een plan van aanpak geschreven. Op basis van een Kamerbrief over de pilot in februari 2014 heeft de werkgroep gekozen voor een verdeling in vier typen activiteitenaanbod en faciliteiten: cursussen, terugkeerruimtes, sportfaciliteiten en activiteitenbegeleiding.[47] De eerste twee typen worden uitgevoerd door de DT&V, de laatste twee door het COA. Verder is besloten het budget gelijk te verdelen tussen de twee uitvoerende instanties. De werkgroep bleef gedurende de pilot regelmatig bij elkaar komen.

2.2.2 Doelstellingen van de pilot

Zowel uit de verschillende beleidsstukken als uit de interviews blijkt dat terugkeer het hoofddoel van de pilot vormt. Zoals een beleidsmedewerker uitlegt:

> 'Activering is duidelijk ingezet als middel in de pilot en niet als doel op zich. Als middel om tot het doel van meer vrijwillige terugkeer te komen. Dat is ook de doelstelling in de brief die we naar de Kamer geschreven hebben (beleidsmedewerker DMB).'

Activering vormt in de pilot dus geen doel op zich, maar is een middel om zelfstandige terugkeer te bewerkstelligen. Het doel van zelfstandige terugkeer wordt door alle betrokkenen genoemd, maar uit de interviews is een verschil op te maken tussen medewerkers van de DT&V en het COA, gerelateerd aan hun taakopvatting. Terwijl de DT&V-medewerkers terugkeer als het hoofddoel beschouwen, zoals bij hun taakomschrijving past, leggen COA-medewerkers meer nadruk op het welzijn van de bewoners. Specifiek voor het COA spelen daarbij ook nog twee nevendoelen, het verbeteren van het welzijn van bewoners en daarmee ook de beheersbaarheid op de centra:

> 'De opdracht van de DT&V is terugkeer. Voor COA is leefbaarheid en veiligheid op de centra ook belangrijk, en het welbevinden van de bewoners. De meeste locatiemanagers zeggen bijvoorbeeld dat er waarschijnlijk veel minder incidenten zullen zijn als de jongeren elke avond zouden kunnen voetballen. Dan lopen ze niet meer te klieren op het centrum, want ze kunnen hun energie kwijt. Voor COA is het dus echt breder dan terugkeer, maar toch kunnen de doelen van DT&V en COA prima naast elkaar bestaan (coördinator pilot COA).'

> 'Interviewer: hoe zie je de relatie tussen die doelen, is welzijn een doel op zich bijvoorbeeld?
> Ja voor mij wel, en terugkeer is een tweede doel. Maar voor mij is primair dat de bewoners een fatsoenlijk leven op een AZC [gezinslocatie] hebben voor zover het kan (locatiemanager pilotlocatie).'

Zoals uit deze interviews blijkt, is voor het COA ook de beheersbaarheid op de gezinslocaties en het welzijn van de bewoners van belang en ligt de nadruk daarbij meer op welbevinden dan op terugkeer. In de volgende paragraaf zal nader worden

---

[46] TK 2012-2013, 19 637, nr. 1721 13 september 2013.

[47] TK 2013-2014, 19 637, nr. 1787. 14 februari 2014.

ingegaan op de gebruikte definities van activering en op de manier waarop vanuit het beleid wordt verondersteld dat de doelstellingen kunnen worden bereikt, oftewel wat de veronderstelde werkzame mechanismen van de pilot zijn.

2.2.3 Definities en veronderstelde werkzame mechanismen van activering

Definities

In de brief aan de Kamer over de pilot en in het plan van aanpak dat is samengesteld door de leden van de werkgroep wordt geen expliciete definitie van activering genoemd.[48] Het 'Programmaplan activeren' van het COA doet dit wel:

> 'Activering is het stimuleren van een zinvolle dagbesteding om de aanwezige mogelijkheden en kwaliteiten van de bewoners te vergroten en om isolement en verveling te voorkomen.
> Activering is de combinatie van activeren en activiteiten. Activeren gaat over het stimuleren en faciliteren van bewoners om regie op hun eigen leven te behouden. Activiteiten zijn concrete manieren om de tijd te besteden (Programmaplan activering COA: p. 1).'

Het komen tot een definitie van activering heeft volgens een van de geïnterviewden ook binnen de werkgroep die zich richt op de uitvoering van de pilot een belangrijke rol gespeeld:

> 'Je had, laten we zeggen, de begripsomschrijvingen. Of nou, een aantal verschillende begripsomschrijvingen die gingen daar rond. Over activeren. Wat ik zelf een hele bekende vond, waar ik het ook wel wat mee oneens was, was "activeren deden we altijd al bij het COA, en daar gaan we nu gewoon mee door". Activeren is mensen bezig houden en activeren leidt tot terugkeer. Allemaal van dat soort omschrijvingen kreeg je, toen in die beginfase. En dat hebben wij ik denk tussen januari en maart, januari en april, wat concreter hier lokaal ingevuld, zeg maar. Of wat concreter, een stuk concreter. Maar natuurlijk ook op basis van die richtlijnen van Teeven. Ik bedoel, dat was vrij helder (Locatiemanager pilotlocatie).'

Ook in de interviews met sleutelfiguren komen verschillen naar voren in de invulling van definities van activering. Aan alle respondenten is gevraagd om een definitie te geven:

> 'Activering zou ik definiëren als 'bewegen'. Het is nogal een ruim begrip. Dat zie je ook aan de activiteiten die aan de pilot zijn toegekend, die zijn ook vrij ruim. Het gaat van sport tot terugkeerruimten tot opleidingen. Dus 'bewegen' in het algemeen (coördinator pilot DT&V).'
> 'De definitie van activering zoals die verwoord is in de pilot is het 'stimuleren van mensen om weer regie over je eigen leven te krijgen'. Dat is wat er moet gebeuren: mensen moeten gaan nadenken, over hun toekomst, over wie ze zijn en wat ze willen en hoe ze dat moeten bereiken (coördinator pilot COA).'

> 'Als je naar de inhoud van de activiteiten van de pilot kijkt, dan is dat ook wel iets breder dan alleen op terugkeer gericht. De activiteiten zijn er ook op gericht om mensen gewoon wat actiever te maken. De gedachte daarachter is een soort algemeen beeld dat actievere mensen beter in staat zijn om de juiste beslissing in

---

[48] Kamerbrief pilot gezinslocaties, 14 februari 2014. Gezamenlijk plan van aanpak pilot activeren bewoners gezinslocaties Burgum, Gilze en den Helder van de DT&V en het COA.

> hun leven te nemen. Dat kan zijn ten aanzien van terugkeer of hoe ze hun kinderen moeten opvoeden. Dat hopen we te bereiken met deze pilot (beleidsmedewerker DMB).'

De respondenten benadrukken dus twee dimensies van activering, zoals deze ook in de definitie van het COA-programmaplan activering terugkomen: het in beweging komen (actieve dagbesteding) en (daardoor) de regie nemen over het eigen leven (empowerment). Het is echter niet duidelijk waar deze definities van activering oorspronkelijk vandaan komen, of waarop deze zijn gebaseerd.[49]

Veronderstelde werkzame mechanismen
Uit de beleidsstukken en interviews blijkt dat er verschillende aannames bestaan over *hoe* de pilot zou kunnen bijdragen aan de gestelde doelen. Op basis van de interviews zijn verschillende veronderstellingen over werkzame mechanismen te onderscheiden. Ten eerste wordt er steeds vanuit gegaan dat mensen door het faciliteren van activiteiten actiever zullen worden. Door actiever te worden zullen zij zich beter voelen en vervolgens meer de regie over hun eigen leven kunnen nemen. Zij zouden meer na gaan denken over hun toekomst, en daar actie op ondernemen, wat uiteindelijk tot meer terugkeer zou leiden. Dat nadenken over de toekomst daadwerkelijk tot meer terugkeer leidt staat echter niet voor alle betrokkenen vast. Geïnterviewden zeggen hierover:

> 'Opleidingen bieden een perspectief voor toekomst in het land van herkomst, maar het leidt niet automatisch tot vertrek. En het kan zo zijn dat mensen de opvang verlaten en bewust kiezen voor illegaliteit. Als mensen gaan nadenken door opleidingen of andere vormen van activering, wil dat niet zeggen dat ze doen wat wij willen. De relatie tussen welzijn en terugkeer is dat iemand die beter in zijn vel zit, gerichter na kan denken over de toekomst (coördinator pilot COA).'

> 'Mensen die actief zijn worden nog actiever, zijn gelukkiger, hebben invloed op hun eigen omgeving en toekomst, gaan verstandige keuzes maken. Een van die keuzes kan zijn om te kiezen voor terugkeer en niet te vluchten in de illegaliteit. Als bewoners soms bij mij komen met een hele analyse van waarom ze niet terug willen en waarom de optie om illegaal in Nederland te blijven beter is, dan zeg ik 'dat snap ik'. Ik kan er mee leven, omdat het een bewuste keuze is. Maar veel bewoners kiezen niet [bewust] voor MOB gaan, die kiezen voor niks anders en dan blijft alleen dat [MOB] over, dat je verdwijnt (locatiemanager pilotlocatie).'

Ditzelfde veronderstelde werkzame mechanisme[50] is ook af te leiden uit de kamerbrief over de pilot:

> 'In de genoemde brief heb ik u gemeld dat het COA meer zal inzetten op het gebruikmaken van de al beschikbare voorzieningen en mogelijkheden tot het actief betrokken houden van bewoners op alle opvang- en onderdaklocaties. Het bieden van een zinvolle dagbesteding aan bewoners draagt naar verwachting bij aan hun weerbaarheid, zelfredzaamheid en gezondheid. Hierdoor zullen bewoners

---

[49] In het ACVZ-advies *Verloren tijd* wordt ook enkele malen over activering gesproken als oplossing voor hospitalisatie, maar ook hier blijft de herkomst of definitie van de term onduidelijk.

[50] Wij hanteren de term mechanismen hier niet in de zin van 'unpacking black boxes' (Astbury & Leeuw, 2010), maar in de zin van 'chains of events': de in beleidsstukken en door geïnterviewde beleidsmakers onderscheiden tussenstappen zijn opgetekend zonder dat is geprobeerd te achterhalen welke gedrags- en andere mechanismen daarbij op welke wijze mogelijk een rol spelen.

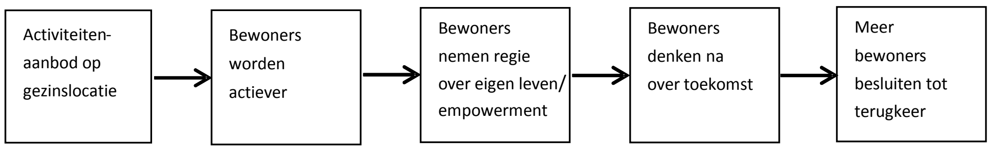
beter in staat zijn om vanuit een realistisch toekomstperspectief te handelen (Kamerbrief pilot gezinslocaties, 14 februari 2014).'

Specifiek voor de bewoners van de gezinslocaties wordt met dit 'realistisch toekomstperspectief' terugkeer naar het land van herkomst bedoeld, zoals ook uit de brief blijkt:

'Uitgangspunt is mensen te activeren en zelf de regie te laten nemen over hun toekomst in het land van herkomst (Kamerbrief pilot gezinslocaties, 14 februari 2014).'

In figuur 2.3 wordt het eerste veronderstelde werkzame mechanisme schematisch weergegeven.

Figuur 2.3 Schematische weergave veronderstelde werkzame mechanisme 1

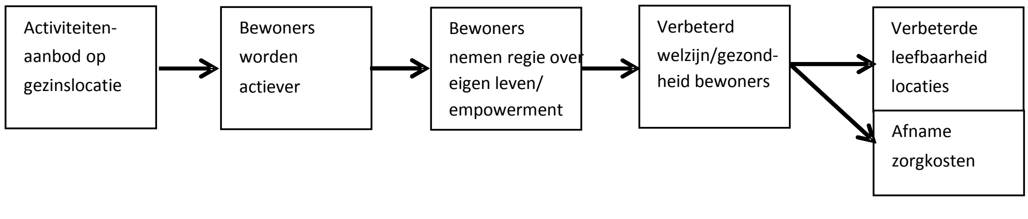


Het tweede veronderstelde werkzame mechanisme dat naar voren komt uit de beleidsstukken en de interviews is dat het aanbieden of faciliteren van meer activiteiten zal leiden tot actievere bewoners. Het actiever zijn draagt vervolgens bij aan het welzijn van de bewoners. Het verbeteren van het welbevinden van de bewoners is een doel op zich, maar draagt ook weer bij aan het verbeteren van de leefbaarheid op de gezinslocaties en het afnemen van de zorgkosten:

'Ik denk dat als bewoners beter in hun vel zitten, ze dan ook beter functioneren in het AZC en in hun gezin. De terugkeerbereidheid vind ik een lastige. Maar het persoonlijk welzijn en minder druk op de gezondheidszorg, daar zal het wel aan bijdragen (locatiemanager pilotlocatie).'

Daarnaast zijn er ook geïnterviewden die verwachten dat het verbeteren van het welzijn leidt tot meer terugkeer. In figuur 2.4 wordt het veronderstelde werkzame mechanisme weergegeven.

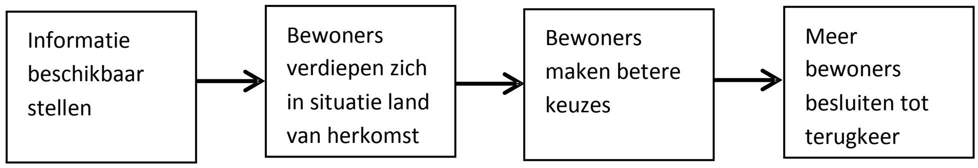
Figuur 2.4 Schematische weergave veronderstelde werkzame mechanisme 2



Het derde veronderstelde werkzame mechanisme dat is te onderscheiden is dat het beschikbaar stellen van informatie over het land van herkomst ertoe leidt dat mensen zich meer gaan verdiepen in de mogelijkheden in het land van herkomst. Actuele informatie zou mensen beter in staat stellen om keuzes te maken en zou dus tot meer terugkeer leiden. Het doel van het beschikbaar stellen van deze infor-

matie is het creëren van 'mogelijkheden om zelf invulling te geven aan plannen die zij voor ogen hebben na terugkeer'.
De verwachting is dat wanneer vreemdelingen zich zelfstandig kunnen informeren over de situatie in het land van herkomst zij beter in staat zijn om keuzes te maken (kamerbrief pilot gezinslocaties, 14 februari 2014).
Het 'denken over de toekomst' of 'betere keuzes maken' is dus een belangrijk aspect in alle veronderstelde werkzame mechanismen achter de plannen voor de pilot. In figuur 2.5 wordt het derde veronderstelde werkzame mechanisme weergegeven.

Figuur 2.5 Schematische weergave veronderstelde werkzame mechanisme 3



2.2.4 Concrete pilotactiviteiten en hun veronderstelde werking

De activiteiten in het kader van de pilot worden aangeboden zijn verdeeld in vier typen, die op verschillende manieren bij zouden moeten dragen aan het actiever worden van bewoners en daarmee het bereiken van de doelstellingen. Het gaat om cursussen en opleidingen, sportfaciliteiten, terugkeerruimtes en activiteitenbegeleiding. In de Kamerbrief over de pilot op gezinslocaties wordt aan de veronderstelde werking van elk van deze activiteiten aandacht besteed. De eerder genoemde drie mechanismen met betrekking tot activering worden daarin nader ingevuld aan de hand van de vanuit het beleid verwachte effecten van concrete activiteiten die worden ontwikkeld binnen de pilot.
Ten eerste wordt van cursussen en opleidingen vooral een zinvolle dagbesteding verwacht en dat deze de toekomstige positie in het herkomstland verbeteren om zo 'drempels (bijvoorbeeld angst om geen woning, werk of medische zorg te hebben) te bespreken en waar mogelijk weg te nemen' (Kamerbrief: p. 2). De Kamerbrief benadrukt daarbij dat de cursussen en opleidingen zo veel mogelijk in de eigen taal moeten plaatsvinden en gericht moeten zijn op 'activiteiten die de vreemdeling kunnen helpen bij terugkeer en herintegratie in het herkomstland' (p: 2). Het aanbieden van cursussen Nederlands is een punt van discussie.
Het tweede type activiteit, sport, wordt daarnaast zowel in de Kamerbrief als in de interviews genoemd als een geschikt middel om mensen te activeren. Een belangrijk deel van het pilotbudget is dan ook gereserveerd voor sportcursussen en –faciliteiten. In de Kamerbrief staat hierover:

> 'Sport is een goed middel om mensen in beweging te krijgen, het brengt mensen letterlijk in beweging en maakt positieve energie los. Mentale en fysieke gezondheid zijn zeer nauw met elkaar verbonden. Stress in het hoofd uit zich vaak in lichamelijke klachten. Door te sporten kunnen bewoners stress verminderen. Sport biedt mogelijkheden voor het ontwikkelen van competenties en talenten op uiteenlopende vlakken: fysiek, organisatorisch, sociaal, mentaal of pedagogisch (Kamerbrief pilot gezinslocaties, 14 februari 2014).'

In dit citaat zijn drie veronderstelde werkzame mechanismen te onderscheiden. Ten eerste zou sport direct bijdragen aan het activeren van mensen, het brengt ze 'in beweging'. Ten tweede kan sporten stress verminderen en daarmee ook lichamelijke klachten verminderen, waarmee de gezondheid van de bewoners verbetert. Hieruit spreekt de verwachting dat sport zowel direct bijdraagt aan de nevendoelstelling om de kosten van de gezondheidszorg te verbeteren als indirect bijdraagt aan terugkeer, omdat mensen door zinvolle dagbesteding en door het verbeteren van hun gezondheid beter in staat zouden zijn 'om vanuit een realistisch toekomstperspectief te handelen' (Kamerbrief pilot gezinslocaties, 14 februari 2014). Het derde mechanisme in dit fragment is dat sport bij zou dragen aan het ontwikkelen van 'competenties op allerlei vlakken'. Hieraan lijkt een soortgelijke verwachting ten grondslag te liggen als bij cursussen: door de vaardigheden van de bewoner te vergroten wordt zijn of haar positie in het herkomstland versterkt, waardoor de drempel voor terugkeer lager zou worden.

Bij het derde type activiteit, de terugkeerruimtes, gaat het vooral om toegankelijkheid van informatie, door het plaatsen van informatiezuilen en mogelijkheden voor het voeren van Skypegesprekken. Op de informatiezuilen die de DT&V heeft geplaatst in deze zogeheten T-rooms kunnen bewoners informatie vinden over het land van herkomst, zoals vacaturesites en informatie over terugkeerbegeleiding. Ook is er een aanbod van kranten en andere media uit landen van herkomst en kunnen bewoners contact hebben met bekenden via Skype. In de kamerbrief over de pilot (14 februari 2014) wordt beschreven dat bewoners via deze zuilen informatie kunnen vinden over de terugkeer- en herintegratieprojecten in het land van herkomst. Volgens het *Plan van aanpak pilot gezinslocaties* wordt daarnaast nog voorzien in een aanbod voor kinderen met daarin boeken en Dvd's in de eigen taal.

Aan het vierde en laatste type activiteit, de inzet van activiteitenbegeleiders, wordt in de beleidsstukken de minste aandacht besteed. Uit de interviews met locatiemanagers blijkt echter dat activiteitenbegeleiders vooral een faciliterende, regisserende en ondersteunende rol hebben, en dat er van deze inzet geen zelfstandig effect op het bereiken van de doelstellingen wordt verwacht.

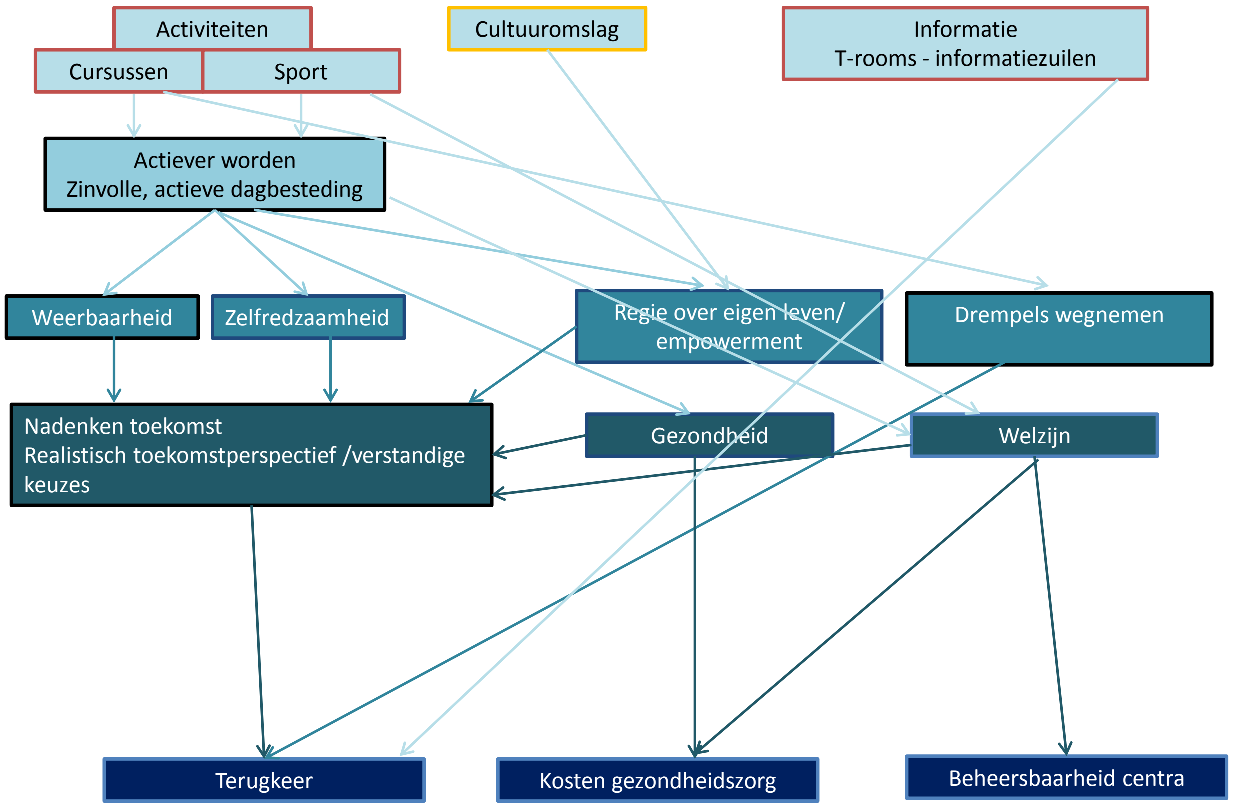
Volgens een aantal geïnterviewden bestaat de pilot uit meer dan het organiseren en faciliteren van deze vier typen activiteiten. Op alle pilotlocaties werden voorafgaand aan de pilot namelijk ook al activiteiten georganiseerd. Deze geïnterviewden benoemen een veranderde houding ten opzichte van bewoners als kenmerkend onderdeel van de pilot:

> 'En activeren is: ga met die bewoner in gesprek en ga nou eens echt goed polsen wat die bewoner wil, en kan [...], dat is de ronde die we nu klaar hebben. En de tweede fase wordt: wat gaat u er nu zelf aan doen, om te komen tot datgene waar u ons vorige keer over heeft verteld? Daar gaan wij wat aan doen, maar wat gaat u er nou aan doen? Zo op die manier, het omdraaien, en dat is een cultuurslag die we nu aan het maken zijn (locatiemanager pilotlocatie).'

Activering is volgens deze geïnterviewden dus meer dan alleen het aanbieden van activiteiten, maar vooral ook een cultuuromslag, een meer motiverende benadering die ertoe zou moeten leiden dat mensen meer de regie over hun eigen leven kunnen nemen.

In figuur 2.6 zijn de uit de beleidsstukken en interviews gedestilleerde veronderstelde werkzame mechanismen weergegeven, evenals hoe de concrete beoogde onderdelen van de pilot verondersteld worden – direct of indirect – bij te dragen aan de verschillende doelstellingen van de pilot.

Figuur 2.6 Schematische weergave van de veronderstelde werkzame mechanismen



2.3 Conclusie

Sinds de komst van de gezinslocaties hebben bijna 5.300 personen, verdeeld over 1.555 gezinnen op enig moment onderdak gekregen in een van de locaties die sinds 2011 operationeel zijn geweest. Naar schatting vertegenwoordigen eenoudergezinnen (vaak alleenstaande moeders) de helft van de gezinnen. Hoewel enkele nationaliteiten duidelijk zijn oververtegenwoordigd (bijvoorbeeld Afghanen, Armeniërs en Irakezen) is de diversiteit naar nationaliteit aanzienlijk.
Sommige gezinnen verblijven korte tijd in de opvang, maar in de meeste gevallen verblijven de gezinnen maanden tot jaren in de locaties (al dan niet aaneensluitend). Van degenen die in 2011, 2012 en 2013 instroomden was op 1 maart 2015 nog altijd circa 40% niet definitief uitgestroomd. Voor degenen die in 2014 instroomden was dat ruim 60%. De personen die later (vanaf 2013) instroomden op een van de gezinslocaties hebben wat vaker gebruikgemaakt van zelfstandig vertrek via IOM of een andere NGO. Zoals genoemd is dit niet verrassend, aangezien gezinnen die in de twee eerdere jaren werden geplaatst al langdurig in Nederland waren, en dit is een groep gebleken die over het algemeen moeilijker uit te zetten is dan wel te bewegen tot zelfstandige terugkeer.
Er kan geconcludeerd worden dat de meeste personen die op enig moment opvang genoten niet uit Nederland zijn vertrokken, hetzij doordat zij een verblijfsvergunning kregen, hetzij doordat zij per 1 maart 2015 nog niet definitief waren uitgestroomd. Het aandeel vertrek met onbekende bestemming ('MOB') is met circa 10% voor elk cohort relatief gering. Een deel van deze personen zal vermoedelijk illegaal in Nederland zijn gebleven.
Het hoofddoel van de pilot Activeren bewoners gezinslocaties was het bevorderen van zelfstandige terugkeer. Daarnaast zou de pilot het welzijn en de gezondheid van bewoners moeten verbeteren, en daarmee ook de zorgkosten verlagen.
Uit de analyse van Kamerstukken, beleidsstukken en interviews met betrokkenen blijkt dat er verschillende aannames ten grondslag liggen aan de veronderstelde bijdrage van de verschillende pilotactiviteiten aan de doelstelling van de pilot. In de pilot wordt met behulp van vier verschillende typen activiteiten (cursussen en opleidingen, sportfaciliteiten, terugkeerruimtes en activiteitenbegeleiding) beoogd bewoners van gezinslocaties (verder) te activeren. Een meer motiverende benadering van bewoners speelt daarbij volgens sommige geïnterviewden een belangrijke rol. Hierbij is de aanname dat actievere bewoners door een verbetering van hun welzijn en gezondheid ook meer over hun toekomst gaan nadenken en de regie over hun eigen leven in handen nemen. Uit de analyse van interviews en beleidsstukken kwamen drie veronderstelde werkzame mechanismen naar voren. Door activiteiten aan te bieden zouden bewoners actiever worden zodat zij meer de regie over hun eigen leven kunnen nemen (1) en hun welbevinden zou worden verbeterd (2), wat allebei terugkeer zou stimuleren. Daarnaast zou ook het beschikbaar stellen van informatie over het land van herkomst (3) tot meer terugkeer leiden. In het volgende hoofdstuk zullen deze drie in dit hoofdstuk beschreven mechanismen worden getoetst aan nationale en internationale literatuur over activering.

3 Literatuur over activering

In het voorgaande hoofdstuk is beschreven wat de doelstellingen van de pilot zijn en op welke aannames de pilot is gebaseerd voor wat betreft het bereiken van deze doelstellingen.[51] In dit hoofdstuk worden de veronderstelde werkzame mechanismen getoetst aan wat er in de Nederlandse en internationale wetenschappelijke en grijze literatuur bekend is over het concept 'activering'. Op basis daarvan wordt bezien in hoeverre te verwachten is dat de pilotinterventies daadwerkelijk bijdragen aan het behalen van de doelstellingen.
Activering is een veelzijdig onderwerp, dat op verschillende manieren in de Nederlandse en internationale literatuur wordt besproken. Dit hoofdstuk start met een kort overzicht van wat er bekend is over hospitalisatie en de gevolgen van inactiviteit, met name in de context van (voormalige) asielzoekers. Vervolgens komen verschillende deelaspecten van activering aan bod. Daarna zal worden ingegaan op de werking van activeringsprogramma's die specifiek zijn gericht op asielzoekers die op een opvanglocatie verblijven.[52] Dan wordt er aandacht besteed aan het verband tussen activering en gezondheid en de kosten van de gezondheidszorg.

3.1 De gevolgen van inactiviteit: hospitalisatie

Zoals uit de voorgaande hoofdstukken duidelijk is geworden wordt het verblijf in een AZC, en zeker op een gezinslocatie, voor veel bewoners gekenmerkt door inactiviteit. Volgens de ACVZ is het aanbod van recreatieve activiteiten er niet verzekerd en is het contact met mensen van buiten de opvang beperkt, met als gevolg 'hospitalisatie'. De bewoners worden passiever naarmate het verblijf langer duurt en raken gefrustreerd en depressief (ACVZ, 2013). Hospitalisatie (Goffman, 1961; Goffman, 1968) wordt ook wel 'institutionalisme' genoemd (Wing, 1962; Wing & Brown, 1970). Hospitalisatie wordt beschreven in relatie tot contexten waarin mensen in een instelling wonen, afgescheiden van hun sociale omgeving en de buitenwereld. Voorbeelden zijn psychiatrische instellingen, ziekenhuizen, kloosters, gevangenissen en legerbases. Goffman noemt dit 'totale instituties'. Het zijn plekken waar mensen afgesloten van de buitenwereld samenleven met medebewoners. Alle verschillende activiteiten (werken, slapen, vrije tijd) vinden op deze plek plaats, binnen een formeel geregelde, gestandaardiseerde structuur en onder toezicht. Totale instituties worden ook gekenmerkt door een onderscheid tussen personeel, dat vaak alleen tijdens werkuren in de instelling verblijft, en bewoners die al hun tijd daar doorbrengen. Het personeel heeft macht over de bewoners: personeelsleden kunnen te allen tijde en in iedere context bewoners corrigeren of aanspreken op hun gedrag. Dit maakt een totale institutie anders dan bijvoorbeeld een bedrijf, waar de leidinggevende wel de baas is op de werkvloer, maar personeelsleden over het algemeen niet aan kan spreken op hun gedrag buiten de werkcontext. Op den duur zou het verblijf in een dergelijke totale institutie leiden tot hospitalisatie (Goffman, 1961).
Hospitalisatie is vooral bekend uit onderzoek naar psychiatrisch patiënten die langdurig zijn opgenomen in een instelling. Hospitalisatie wordt gekenmerkt door apathie, teruggetrokkenheid, gebrek aan initiatief, weerstand tegen het verlaten van

---

[51] Deze mechanismen zijn schematisch weergegeven in paragraaf 2.2.4.

[52] Formeel zijn de gezinslocaties geen opvanglocaties maar wordt er onderdak geboden. Omdat dit onderscheid in de bestudeerde literatuur verder niet wordt gemaakt en omwille van de leesbaarheid zullen wij in dit hoofdstuk de term opvang gebruiken voor alle COA-locaties.

de instelling en een gebrek aan interesse in de buitenwereld (Wirt, 1999, p. 259). Hoewel Goffman's concept van hospitalisatie grote bekendheid geniet en zijn werk nog altijd regelmatig wordt geciteerd, is er maar weinig systematisch onderzoek gedaan naar hospitalisering en de factoren die hieraan bijdragen. Het ontstaan van hospitalisatie is vooral onderwerp van (theoretisch) debat. Zoals Goffman zelf ook schrijft is zijn theorie over totale instituties en hospitalisatie niet gebaseerd op empirische onderzoeksbevindingen (Goffman, 1961: p. 313). In een reviewartikel beschrijft Wirt (1999) vier theoretische stromingen binnen de literatuur over hospitalisatie, elk met eigen opvattingen over de oorzaken van dit verschijnsel. Als eerste noemt hij het *predisposition model*, waarbij institutionalisme het gevolg zou zijn van een interactie tussen aanleg voor institutionalisme van een individuele patiënt en institutionele factoren. Een tweede stroming in de literatuur, door Wirt het *totale institutiemodel* genoemd, gaat er vanuit dat bepaalde institutionele settings bij elk individu hospitalisatie kunnen veroorzaken. Het werk van Goffman (1961; 1968) waarnaar ook door de ACVZ wordt verwezen, maakt deel uit van deze tweede stroming. Ten derde is er het *asylum model*, waarbij auteurs aannemen dat hospitalisatie optreedt wanneer een instelling een veiliger en prettiger leefomgeving biedt dan de buitenwereld. Dit betekent dat patiënten een rationele keuze maken wanneer zij de instelling niet willen verlaten. Tot slot is er het *symptoommodel*, waarbij de verschijnselen van hospitalisatie worden gezien als het resultaat van de ziekte waarvoor de patiënt werd opgenomen dan wel van de behandelingen (met name bepaalde medicatie en elektroshocktherapie) die daarvoor zijn ondergaan (Wirt, 1999).
Doordat binnen de wetenschappelijke literatuur de meningen over de oorzaken van hospitalisatie zo verdeeld zijn, is er volgens Wirt ook geen overeenstemming over hoe het kan worden voorkomen of bestreden. Er is bovendien maar weinig onderzoek gedaan naar het tegengaan van hospitalisatie en er is dan ook geen effectieve oplossing bekend (Wirt, 1999).[53]
Afgezien van de publicatie door de ACVZ (2013) is er geen onderzoek bekend over hospitalisatie bij bewoners van Nederlandse gezinslocaties of AZC's. Er is daarom in de internationale literatuur breed gezocht naar voorbeelden van hospitalisatie en activering in (enigszins) verwante situaties, waaronder asielzoekerscentra of vluchtelingenkampen in andere landen, psychiatrische klinieken, gevangenissen en projecten voor langdurig werklozen. Ondanks de verschillen in context kunnen deze studies aanwijzingen bieden voor de werkzaamheid van veronderstelde mechanismen.
Op basis van onderzoek naar opvangcentra voor asielzoekers in Noorwegen betwijfelt Archambault (2012) of een asielzoekerscentrum een totale institutie genoemd kan worden, vooral omdat bewoners hun eigen dag in kunnen delen, het centrum kunnen verlaten en zelf hun eigen voedsel kunnen kopen en bereiden. Volgens Valenta en Berg (2010) echter, die zich baseren op eerder onderzoek in Noorse opvangcentra voor asielzoekers en eigen empirisch onderzoek,[54] ervaren bewoners onzekerheid, passiviteit, powerlessness en 'geleidelijke diskwalificatie'[55] en zij

[53] Zie voor een kritische bespreking van het begrip hospitalisatie ook Holman en Wennink (1985), die onder andere kritiek leveren op het gebrek aan empirisch bewijs voor dit verschijnsel en enkele andere mogelijke oorzaken bespreken.

[54] In 2004-2005 en 2008-2009 werden opvangcentra bezocht, bewoners geïnterviewd, werd een survey gehouden onder managers van centra en werden medewerkers van centra en van de Noorse immigratiedienst geïnterviewd.

[55] De Noorse overheid vereist dan ook van de centra dat zij preventief activiteitenprogramma's en op empowerment en integratie gerichte activiteiten organiseren voor de bewoners. En, anders dan in de meeste Europese landen kent Noorwegen regels die bewoners het recht geven in zogenoemde 'cooperation councils' invloed uit te oefenen op de gang van zaken in de opvangcentra.

gebruiken Goffman's werk als kader bij de analyse van hun data. Er zijn dus wel degelijk aanwijzingen dat hospitalisatie zou *kunnen* voorkomen bij bewoners van gezinslocaties. De Nederlandse gezinslocaties kennen meer beperkingen dan de Noorse opvangcentra, zoals de verplichte inhuisregistratie op doordeweekse dagen, het verbod de gemeentegrens te overschrijden, en de verplichte gesprekken met de DT&V. Ook liggen de Nederlandse opvanglocaties vaak relatief afgelegen, wat het isolement ten opzichte van de buitenwereld vergroot. Bovendien hebben niet alle gezinslocaties faciliteiten voor bewoners om zelf te koken; een gezinslocatie heeft een centrale keuken waar op vaste momenten voor alle bewoners maaltijden worden verstrekt. Dit betekent dat het leven van bewoners daar meer door de opvanglocatie wordt gestructureerd dan op locaties waar bewoners zelf hun eigen eten kunnen bereiden. Gezinslocaties, in het bijzonder die met een centrale keuken, hebben dus enkele kenmerken van een totale institutie. Hospitalisatie is als verschijnsel vooral bekend uit studies naar psychiatrische patiënten. Uit onderzoek is echter bekend dat een groot deel van de in Nederland verblijvende (voormalig) asielzoekers last heeft van psychische klachten, zoals PTSS (posttraumatische stressstoornis) en depressies (Böcker & de Heer, 2006; Gerritsen et al., 2006; Lamkaddem, Essink-Bot, & Stronks, 2013). Aanhangers van het *symptoommodel* (Wirt, 1999) zien hospitalisatie als een gevolg van psychiatrische behandelingen dan wel aandoeningen. Ook volgens dit model zouden de bewoners van gezinslocaties dus kwetsbaar kunnen zijn voor hospitalisatie.

Naast onderzoek in de context van psychiatrie komt hospitalisatie ook naar voren in enkele onderzoeken naar het leven van vluchtelingen in vluchtelingenkampen. Hoewel de leefomstandigheden in grootschalige Afrikaanse vluchtelingenkampen natuurlijk niet te vergelijken zijn met de omstandigheden in de Nederlandse gezinslocaties spelen er vergelijkbare discussies. In deze context wordt regelmatig de term 'dependency syndrome' of afhankelijkheidssyndroom gebruikt, waarbij het langdurig afhankelijk zijn van hulp vluchtelingen afhankelijk, passief en initiatiefloos zou maken en hun gevoel van eigenwaarde zou aantasten. Abdi (2005) schrijft deze initiatiefloosheid echter vooral toe aan de leefomstandigheden in de kampen die de auteur als totale instituties kwalificeert. Niet de hulp zou vluchtelingen passief maken, maar de beperkingen van het leven in de kampen die een zinnige dagbesteding of het verwerven van een eigen inkomen onmogelijk maken. De wens om in het eigen levensonderhoud te voorzien blijft echter intact, en er vindt op kleine schaal handel plaats (Abdi, 2005: p.7-10). Ook Kibreab (1993) laat zien dat de bewoners van Somalische vluchtelingenkampen niet zo passief zijn als in sommige andere studies wordt aangenomen. Naarmate duidelijk werd dat het verblijf in de kampen langdurig zou zijn, gingen bewoners op zoek naar mogelijkheden om in hun levensonderhoud te voorzien en hun netwerken te onderhouden of uit te breiden, waarbij vaak hard werd gewerkt voor zeer geringe opbrengsten. Kibreab (1993) vond geen aanwijzingen voor passiviteit of initiatiefloosheid onder gezonde vluchtelingen die langdurig hulp ontvingen.

Inactiviteit als gevolg van verblijf in een institutionele setting kan ook negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid. Le Morville (2014) wijst in haar dissertatieonderzoek op de negatieve gevolgen van 'occupational deprivation', het verlies van zinvolle bezigheden, voor de gezondheid van asielzoekers in Denemarken. In een studie van Strijk, Van Meijel en Gamel (2011) naar de behoeften van asielzoekers die werden behandeld in een psychiatrisch ziekenhuis gaf 90% van de respondenten aan dat hun behoefte aan zinvolle dagbesteding niet werd vervuld gedurende hun tijd in de opvang. Het verblijf in een AZC werd door hen als een periode van gevangenschap ervaren. De behoeften op het gebied van dagbesteding betroffen vooral onderwijs, werk en het leren van de taal. Vooral jongere respondenten hadden moeite met het indelen van hun dag en hadden behoefte aan begeleiding

daarbij. De inactiviteit en het lange wachten leidden tot piekeren, zodat de psychiatrische klachten van deze groep verergerden (Strijk, van Meijel, & Gamel, 2011). Vitus (2010) beschrijft, refererend aan Bourdieu (2000),[56] hoe kinderen en adolescenten in Deense asielzoekerscentra in het heden noch in de toekomst leven. De toekomst is onzeker en het lange wachten invalideert het hier en nu. Onderzoek in de context van gevangenissen laat zien dat structurele aspecten zoals inactiviteit, gescheiden zijn van familienetwerken en de machtige positie van bewaarders die het gedrag van gevangenen controleren door middel van een systeem van sancties en beloningen een negatieve invloed hebben op de gezondheid (De Viggiani, 2007; Douglas, Plugge, & Fitzpatrick, 2009). Onderzoek naar de effecten van werkloosheid op de geestelijke gezondheid leidt tot vergelijkbare bevindingen. Uit reviews van onderzoeken op dit gebied blijkt namelijk dat baanverlies en werkloosheid samengaan met een afname van de psychische gezondheid en het welbevinden, terwijl het vinden van werk daarop een positief effect heeft. De 'kwaliteit' van het werk is daarbij wel van belang: ontevredenheid met het werk heeft een negatieve invloed op het welbevinden en de psychische gezondheid (Dooley, Fielding, & Levi, 1996; Jin, Shah, & Svoboda, 1995; Murphy & Athanasou, 1999).
Het concept hospitalisatie, dat centraal stond in het advies van de ACVZ waarop de pilot is gebaseerd, is in de wetenschappelijke literatuur dus niet onomstreden. Onderzoekers verschillen van mening over de oorzaken van hospitalisatie en daarmee ook over de mogelijke oplossingen. In een deel van de literatuur wordt hospitalisatie verklaard vanuit het leven in zogenoemde totale instituties. De gezinslocaties hebben een aantal kenmerken van een totale institutie, zoals het onderscheid tussen bewoners en medewerkers, een formeel geregelde, gestandaardiseerde structuur en toezicht. Bovendien zouden bewoners die psychische klachten hebben (Böcker & de Heer, 2006; Gerritsen et al., 2006; Lamkaddem et al., 2013) volgens het *symptoommodel* (Wirt, 1999) vatbaarder kunnen zijn voor hospitalisatie. Onderzoek in vluchtelingenkampen nuanceert het beeld dat alle bewoners zouden hospitaliseren, binnen de beperkte mogelijkheden blijven mensen zo actief mogelijk. Het vergroten van de mogelijkheden om actief te zijn op de gezinslocaties zou hieraan positief kunnen bijdragen. Uit studies naar werkloosheid blijkt verder een positief effect van het (opnieuw) vinden van werk op het welbevinden en de gezondheid (Dooley et al., 1996; Jin et al., 1995; Murphy & Athanasou, 1999). Mogelijk zou van de werkzaamheden en opleidingen die in het kader van de pilot worden aangeboden dus een positief effect uit kunnen gaan, mits deze door de bewoners ook als positief worden ervaren.

3.2 Activering

Zoals is beschreven in hoofdstuk twee is in de kamerbrief en het plan van aanpak van de pilot niet duidelijk uiteengezet wat onder 'activeren' wordt verstaan. In de afgelopen jaren zijn verschillende vormen van beleid uitgevoerd die – hoewel niet per se onder de noemer 'activeren' – vergelijkbaar zijn met de pilot. Vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw zijn verschillende vormen van beleid ontwikkeld waarbij burgers werden gestimuleerd om meer te participeren in verschillende maatschappelijke domeinen. In wat volgt zal dit beleidskader ten eerste kort worden besproken. Daarna zal worden ingegaan op verwante begrippen in de literatuur. In verschillende studies wordt gesproken over het 'activeren' van mensen, maar ook

---

[56] Volgens Bourdieu (2000) is onzekerheid over de toekomst een vorm van onzekerheid over de eigen identiteit en is de legitimiteit van het eigen bestaan in het geding (Vitus, 2010).

worden begrippen als '(psychologische) empowerment', 'sociale of fysieke activering' of 'participatie' gebruikt.

3.2.1 Sociale activering

In het rapport 'Sociale activering. Een brug tussen uitkering en betaalde arbeid' van het Sociaal-Cultureel Planbureau (Van der Pennen, 2003) wordt beschreven hoe de aandacht vanuit het beleid voor mensen met langdurig een grote afstand tot de arbeidsmarkt in de jaren negentig van de vorige eeuw is toegenomen. In het rapport worden verschillende beleidsperspectieven besproken waarbij activering een rol speelde, zoals het activerend arbeidsmarktbeleid en het activerend welzijnsbeleid. Dit laatste beleidsperspectief richtte zich specifiek op mensen die een relatief grote afstand tot de arbeidsmarkt kenden en van wie de kansen om op de arbeidsmarkt te geraken gering waren. Van gemeenten werd verwacht dat zij een activerend welzijnsbeleid voerden met als doel maatschappelijke participatie te bereiken – in de vorm van een arbeidsritme, een zinvolle dagbesteding of het voorkomen of doorbreken van sociaal isolement – door het verrichten van gesubsidieerd werk en vrijwilligerswerk (Dekker & Van der Aa, 2000; Van der Pennen, 2003). Hiertoe is in het midden van de jaren negentig van de vorige eeuw een beleidsoffensief van *sociale activering* ingezet (vgl. Ministerie van VWS, 1994; 1998; 1999; 2000, in Van der Pennen, 2003). Van der Pennen stelt dat het de doelstelling van sociale activering was om de doelgroep (het ging vaak om allochtonen, ouderen en mensen met lichamelijke of psychische aandoeningen) te activeren richting het maatschappelijke domein. Op deze manier zouden sociale uitsluiting en isolement bestreden worden en zouden maatschappelijk nuttige activiteiten uitgevoerd worden die anders achterwege zouden blijven.
Het SCP (Van der Pennen, 2003) heeft de achtergrond en de uitvoeringspraktijk verkend van de activeringsinitiatieven die vanaf de tweede helft van de jaren negentig van de vorige eeuw in tien gemeenten zijn ondernomen. Er zijn projecten uitgevoerd waarbij mensen mogelijkheden werden geboden om nuttige activiteiten te ontplooien gericht op de buurt (zoals werkzaamheden in kringloopwinkels, onderhoudsdiensten) en projecten waarbinnen werkeenheden werden gecreëerd om baanlozen op den duur financiële onafhankelijkheid te laten bereiken. Uit de beschikbare evaluaties[57] is gebleken dat driekwart van de deelnemers aan de projecten doorstroomde, doorgaans naar een gesubsidieerde baan, vrijwilligerswerk of een vervolgtraject. De meeste deelnemers hadden dus op zijn minst een dagelijks werkritme gevonden dat elders in een onderwijssituatie of baan werd voortgezet. Volgens Van der Pennen (2003) zijn de resultaten van de beleidsinspanning in zijn algemeenheid vooral te herkennen in het aanleren van kennis en vaardigheden bij de deelnemers. Deze zijn verkregen door zowel de opgedane werkervaringen als de scholingstrajecten die aangeboden werden in de projecten.
Naast enkele beschikbare evaluaties zijn projectmedewerkers bevraagd over de resultaten van de projecten. Volgens hen hebben de projecten geleid tot het terugdringen van sociale uitsluiting en – in mindere mate – tot het bevorderen van arbeidstoeleiding. De deelnemers hebben zich binnen de projecten sociale vaardigheden eigengemaakt, wat een belangrijke factor bleek in de doorstroom naar de arbeidsmarkt en de duurzaamheid van het terugdringen van sociale uitsluiting. Ook zelf hebben de deelnemers dit als belangrijk voordeel ervaren. Als voorwaarden voor een succesvolle doorstroom werd gewezen op het belang van motivatie, verantwoordelijkheid, zelfvertrouwen en het kunnen samenwerken. Volgens de

---

[57] In elf van de twintig onderzochte projecten werden verschillende vormen van evaluaties uitgevoerd.

deelnemers heeft deelname aan de projecten hen het gevoel gegeven weer onder de mensen te komen en 'er weer bij te horen'.

De aandacht vanuit de welzijnsbenadering voor de sociale activering van burgers is in latere jaren vergroot door de inwerkingtreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) op 1 januari 2007[58] (Bouwman-Van 't Veer, Knijn, & Van Berkel, 2011; Snoek et al., 2008). Vanuit de Wmo wordt hulp geboden aan mensen met fysieke, psychische, verstandelijke of psychosociale beperkingen of problemen. De bedoeling van de Wet is dat deze mensen zich met deze hulp thuis en buitenshuis kunnen redden en dat zij kunnen meedoen in de maatschappij (Kromhout et al., 2014). De ondersteuning bestaat onder andere uit het aanbieden van sociale activiteiten in buurthuizen, zorg voor kwetsbare burgers (onder wie daklozen en verslaafden) en de bevordering van sociale samenhang en leefbaarheid (Kromhout et al., 2014).[59] De Wmo is gebaseerd op het idee dat als mensen zich inzetten voor hun directe leefomgeving en ook maatschappelijk actief zijn, dit een positief effect heeft op de sociale cohesie. Een grotere sociale samenhang zou vervolgens onderlinge hulp en zorg bevorderen. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo en daarmee voor de maatschappelijke ondersteuning van hun inwoners. De wet bepaalt overigens niet op welke manier dit moet gebeuren.
In de wet is bepaald dat de Wmo periodiek wordt geëvalueerd (Wmo art. 24, Staatsblad 2006). Het SCP (Kromhout et al., 2014) heeft de Wmo over de periode 2010-2012 geëvalueerd. In de evaluatie komt onder meer aan bod of de verhoging van participatie, als een van de gestelde doelen, is bereikt bij mensen die een aanvraag hebben gedaan voor een Wmo-voorziening. Deze doelstelling is ten minste voor een deel niet behaald: de aanvragers participeren minder dan mensen zonder beperkingen. Door de wetgever is bovendien niet gekwantificeerd wat 'voldoende participatie' onder aanvragers van de ondersteuning is; het is daarom moeilijk te beoordelen of deze doelstelling behaald is. Door de aanvragers is de ondersteuning nauwelijks als nuttige bijdrage voor participatie ervaren (Kromhout et al., 2014).
Het voorgaande geeft inzicht in de invloed van activeringsinitiatieven en maatschappelijke ondersteuning op maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen. Ten eerste, hoewel de pilot Activeren bewoners gezinslocaties – in tegenstelling tot de besproken activeringsinitiatieven in de jaren negentig – nadrukkelijk niet gericht is op participatie op de Nederlandse arbeidsmarkt, zouden wel vergelijkbare resultaten verwacht kunnen worden met betrekking tot het terugdringen van vereenzaming of sociale uitsluiting binnen de centra. De positieve resultaten van sociale activering die genoemd zijn door Van der Pennen (2003) zijn vergelijkbaar met de in de beleidsstukken veronderstelde effecten van de pilot activering op de gezinslocaties en bieden aanwijzingen voor de te verwachten resultaten van de pilot. Of de arbeidsparticipatie in het land van herkomst kan worden bevorderd door middel van pilotactiviteiten op de gezinslocaties is op grond van de verkenning van Van der Pennen (Van der Pennen, 2003) niet te zeggen. Ten tweede heeft de Wmo er volgens Movisie (Van Houten & Winsemius, 2010) toe geleid dat er meer aandacht is gekomen voor het creëren van mogelijkheden om mensen – voor wie dat niet vanzelfsprekend is – te stimuleren weer of meer te gaan deelnemen aan de samenleving. Dat kan door het opheffen van barrières, en door mensen aan te spreken op wat ze kunnen, in plaats van de aandacht alleen te richten op wat ontbreekt of beperkt is. Ook dit is vergelijkbaar met de uitgangspunten van de pilot activering: het (weer) in beweging krijgen van bewoners van gezinslocaties.

58 Staatsblad 351, 2006.

59 De Wmo omvat meer dan de voorbeelden van ondersteuning die hier genoemd worden, maar hier wordt enkel ingegaan op vormen van ondersteuning die relevant zijn voor de pilot Activeren bewoners gezinslocaties.

3.2.2 *Empowerment*

Het begrip empowerment heeft in de afgelopen tien jaar meer bekendheid gekregen in Nederland. Het begrip wordt in verschillende vakgebieden gebruikt en er bestaan dan ook vele verschillende definities en benaderingen van.
Volgens Van Regenmortel (2010, in Boumans, 2012) richt empowerment zich op het 'versterken' van personen en groepen met als doel dat iedereen een volwaardige plek heeft in de samenleving. Het concept 'sociale inclusie' staat hierbij voorop, met de nadruk op de eigen krachten van burgers, en participatie wordt als motor beschouwd voor het beoogde versterkingsproces. Het is echter onduidelijk wat het verband is met terugkeer, waarbij juist sprake is van 'sociale *ex*clusie' ten opzichte van Nederland, maar wanneer re-integratie plaatsvindt in het land van herkomst gaat het weer wel om sociale inclusie. Het gaat bij empowerment overigens nadrukkelijk niet om participatiedwang (zoals het verplicht meedoen aan maatschappelijk gewenste activiteiten), maar om een actieve uitnodiging om te participeren binnen de samenleving.
Het proces van empowerment kan zich afspelen op verschillende niveaus (Rappaport, 1987); het niveau van de individu, de organisatie en de gemeenschap. In verband met de aard van de pilot activering op de gezinslocaties wordt hier met name aandacht besteed aan de empowerment van individuen. Het proces wordt gekenmerkt door verschillende componenten, zoals een toename van het gevoel van persoonlijke controle, de ontwikkeling van bepaalde vaardigheden en inzichten en het uitvoeren van handelingen die daadwerkelijk leiden tot een vergroting van invloed op voor het individu relevante gebeurtenissen en situaties. Interventies op het gebied van empowerment hebben tot doel de toename van controle of invloed op de omgeving te vergroten (Delahaij, 2004) en gaan uit van de behoeften en krachten van de doelgroep. De projecten richten zich vaak op (de ondersteuning van) het individu en op het faciliteren van een 'empowerende' omgeving. Hierdoor worden kwetsbare mensen zelfbewuster en kunnen zij meer mogelijkheden binnen hun bereik brengen om beslissingen over hun eigen leven te kunnen nemen.
Volgens een onderzoek van Movisie naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare groepen (Boumans, 2012) is het moeilijk om in kaart te brengen welke middelen en interventies een 'empowerende werking' hebben, als gevolg van het feit dat elk individu op een verschillende manier empowered wordt. Wel heeft Movisie verslag gedaan van enkele projecten in het kader van empowerment en de resultaten van deze projecten. Een voorbeeld is een onderzoek naar maatschappelijke activering bij vijf Maatschappelijke Activeringscentra (MAC) (Wagenaar & Balder-Van Seggelen, 2010). Dit zijn fysieke locaties waar mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt na een korte opleiding in teamverband activiteiten organiseren die aansluiten bij de behoeften in de wijk. Uit interviews met deelnemers en professionals en observaties in MAC's kwam naar voren dat de activering de deelnemers sociale contacten en afleiding biedt, hen invulling en structuur aan het leven geeft en daarnaast leren de deelnemers in het MAC sociale en technische vaardigheden. Hierdoor komen deelnemers volgens Movisie weer meer in een werkritme terecht (wat de stap naar een baan vergemakkelijkt) en krijgen deelnemers meer zelfvertrouwen en inzicht in de eigen kennis en vaardigheden.
De pilot activering op gezinslocaties kent verschillende overeenkomsten met het beleid gericht op sociale activering, empowerment of (arbeidsmarkt)participatie. In alle gevallen is het doel mensen actief te maken, hen een zinvolle dagbesteding en meer controle over het eigen leven te geven. De activiteiten in het kader van de pilot zouden kunnen leiden tot vergelijkbare positieve resultaten als de resultaten van de projecten op het gebied van sociale activering (zoals het terugdringen van sociale uitsluiting, verbetering van een algemeen welbevinden, het zich weer nuttig

voelen en het opdoen van werkervaring en een dagelijks ritme) en empowerment (meer regie krijgen over het eigen leven), zoals naar voren is gekomen uit de besproken studies. Activering wordt in het kader van de pilot op de gezinslocaties voornamelijk gezien als stimulans voor 're-integratie' in het herkomstland en niet – zoals bij activeringsinitiatieven onder langdurig werklozen – voor 'integratie' in het economische of maatschappelijke domein in Nederland (Van der Pennen, 2003). Het blijft echter onduidelijk wat de relatie is tussen activering en terugkeer.
Bij de pilot ligt de nadruk alleen op activering en empowerment en niet op 'meedoen' in de Nederlandse samenleving. In de volgende paragraaf zal verder worden ingegaan op activeringsprogramma's specifiek voor asielzoekers.

3.3 Activering en asielzoekers

3.3.1 Projecten

In de afgelopen jaren zijn in Nederland verschillende projecten uitgevoerd in het kader van de activering van asielzoekers, voornamelijk door NGO's. In wat volgt zullen relevante bevindingen uit verschillende projecten worden beschreven.
Vanaf mei 2001 werd gedurende ruim twee jaar het project 'Gezond AZC' uitgevoerd op twee Nederlandse opvanglocaties voor asielzoekers (Goosen, Koelen, Langen, Berkouwer, & Van Schijndel, 2004). Het doel van het project was het bevorderen van de gezondheid en het welbevinden van asielzoekers, door elementen in de fysieke en sociale omgeving van bewoners te verbeteren en hun zelfredzaamheid te vergroten. Hierbij werd onder andere uitgegaan van participatie van de doelgroep en dit werd gestimuleerd door een bewonerswerkgroep die samen met medewerkers een aanzienlijk aantal concrete activiteiten initieerde. Er werd gestreefd naar 'functionele participatie', wat betekende dat bewoners betrokken zouden worden bij besluitvorming en actief mee zouden werken aan de ontwikkeling en uitvoering van programma's en activiteiten.[60] Goosen en collega's rapporteerden dat bewoners het project als positief hebben ervaren en dat zij voldoende mogelijkheden zagen om te participeren. Wel werd gesteld dat rekening gehouden diende te worden met de beperking van bewegings- en keuzevrijheid van asielzoekers en, daarmee samenhangend, de grenzen aan empowerment. Er werd geconcludeerd dat de asielzoekers uiteindelijk het derde of het vierde niveau van participatie (Pretty, 1995) konden halen, wat inhield dat 'mensen worden geconsulteerd over het programma en er werd geluisterd en gehandeld naar hun visie als professionals dat nodig achten' (niveau 3) en dat 'mensen meer betrokken zijn bij het proces van besluitvorming en bij de ontwikkeling van programma's en activiteiten' (niveau 4).
Ook Van Baars (2005, in Van Schayk & Vloeberghs, 2011) wijst erop dat, wanneer activerende projecten worden georganiseerd in asielzoekerscentra, asielzoekers te maken kunnen krijgen met tegenstrijdige boodschappen. Enerzijds zijn de bewoners beperkt in hun vrijheid, doordat ze niet mogen werken, geen Nederlandse taalles mogen volgen en moeten afwachten wat er met hun asielprocedure gebeurt. Anderzijds wordt vanuit activeringsprojecten verwacht dat de bewoners initiatief tonen en zelf aan de slag gaan. Van Baars (2005, in (Van Schayk & Vloeberghs, 2011) bestudeerde het preventieprogramma *Vrije Vogel* voor asielzoekers, waarbinnen de zoge-

---

[60] Een manier om doelgroepparticipatie meetbaar te maken is door onderscheid te maken in verschillende niveaus van participatie. In een typologie volgens Pretty (1995, in een weergave van Koelen & Van den Ban, 2004) worden zes verschillende niveaus onderscheiden: 0) geen participatie, 1) passieve participatie, 2) participatie via informatie, 3) participatie via consultatie, 4) functionele participatie, 5) interactieve participatie en 6) zelfmobilisatie.

heten voor- en doormethode (waarbij mensen uit de eigen doelgroep betrokken worden bij de organisatie van gezondheid bevorderende activiteiten) werd toegepast. Het programma werd drie jaar lang uitgevoerd op een asielzoekerscentrum. Volgens van Baars werd het programma – door de tegenstrijdige boodschappen waar de asielzoekers mee te maken kregen – minder gekenmerkt door een participerend en empowerend karakter dan men had gehoopt.
VanderMeerschen (2007) is nagegaan hoe asielzoekers de opvang beleven en welke factoren het welbevinden van asielzoekers beïnvloeden. Dit is onderzocht door middel van interviews met enkele bewoners uit opvangcentra in België. Uit de studie blijkt onder andere dat vrijwilligerswerk een positieve uitwerking heeft op de zelfwaardering van de asielzoekers: vrijwilligerswerk leidt ertoe dat bewoners zich 'nuttig' en gewaardeerd voelen. Volgens VanderMeerschen stelden De Jongh en Van Ee (2002) al dat vrijwilligerswerk verveling kon helpen tegengaan en een zinvolle dagbesteding kon verschaffen. Dit wordt door VanderMeerschen bevestigd: vrijwilligerswerk verschaft niet alleen een zinvolle 'bezigheid', maar verbetert ook de zelfwaardering van de asielzoeker, en kan er zo voor zorgen dat de asielzoeker zich beter voelt.
Tot slot voerde Pharos (Van Schayk & Vloeberghs, 2011) in 2011 een verkenning uit van preventieactiviteiten in asielzoekerscentra. Het doel hiervan was een overzicht van het activiteitenaanbod op te stellen, omdat een overzicht ontbrak van wat er op de centra werd aangeboden en wat al dan niet succesvol is (geweest). In het overzicht zijn programma's opgenomen die zich richten op volwassen asielzoekers en die een enigszins structureel karakter kennen. Op basis van ervaringen en meningen van preventiemedewerkers wordt in de verkenning geconcludeerd dat asielzoekers baat hebben bij activering, psycho-educatie en empowerment. De medewerkers hebben ervaren dat bij asielzoekers die deelnemen aan programma's een verbetering plaatsvindt in bijvoorbeeld het omgaan met stressoren of lichamelijke stressgerelateerde klachten en het aantal sociale contacten. Daarnaast wordt geconcludeerd dat de asielzoekers door activering, psycho-educatie en empowerment een zinvolle dagbesteding krijgen aangeboden, tools in handen krijgen om te leren omgaan met de nieuwe situatie waarin zij zich bevinden, kracht krijgen om vorm te geven aan een nieuwe identiteit, kennis opdoen over het Nederlandse zorgsysteem en uit een sociaal isolement komen. Hierdoor lijken de klachten en bezorgdheid van bewoners af te nemen. Verder hebben de preventieprogramma's een empowerend effect op het algeheel psychosociaal functioneren. Zo is de indruk van de medewerkers dat de deelname aan sport meer sociale contacten stimuleert, dat men fysiek sterker wordt, dat men psychologisch empowered wordt en dat dus gezondheidswinst wordt geboekt (Van Schayk & Vloeberghs, 2011).
Van Schayk en Vloeberghs wijzen erop dat bij het opzetten van activiteiten rekening gehouden moet worden met het feit dat de asielzoekerscentra een hoge dynamiek kennen in de zin van ontwikkelingen in de procedure van individuele asielzoekers, veranderingen in de functie van een azc en in- en uitstroom van asielzoekers. Het leven op de asielzoekerscentra is vaak weinig gestructureerd en weinig voorspelbaar, en dit heeft gevolgen voor de organisatie van activiteiten.
Daarnaast concluderen Schayk en Vloeberghs dat de voor-en-doormethode goed werkt doordat het vertrouwen van de asielzoekers in het programma verhoogd wordt en doordat er erkenning en herkenning gecreëerd wordt. Verder worden met behulp van deze methode cultuur- en taalbarrières doorbroken en kan er daardoor gemakkelijker aangesloten worden bij de behoeften van asielzoekers. Uit het buitenland zijn ook enkele beschrijvingen van dergelijke projecten bekend, bijvoorbeeld in een vluchtelingenkamp voor Irakese vluchtelingen in Syrië, waar vrouwelijke vrijwilligers uit de doelgroep werden getraind om intermediair te zijn tussen de organisatie (UNHCR in dit geval) en de vluchtelingen. Volgens Mirghani (2013) had

dit project een positieve invloed op het functioneren van het kamp, doordat de gespannen relatie tussen de UNHCR en de bewoners verbeterde. Het project stelde vrijwilligers in staat zelf oplossingen te vinden voor problemen binnen hun gemeenschappen. Dit had ook positieve gevolgen voor de betrokken vrijwilligers, die zelf uit het kamp afkomstig waren. Door actief te zijn in het helpen van anderen konden zij ook beter met hun eigen situatie en ervaringen omgaan, wat bijdroeg aan het verminderen van stress en aan herstel van psychische klachten.
In dit verband zijn ook de bevindingen van Valenta en Berg (2010) interessant. Zij constateren dat georganiseerde activiteiten en vooral taalcursussen Noors, invloed hebben op 'empowerment' van asielzoekers in Noorse opvangcentra. Die vergroten de zelfredzaamheid in het dagelijks leven, bieden structuur, verminderen afhankelijkheid van tolken en bieden de mogelijkheid om zelf in voorkomende gevallen te tolken voor anderen. Ze constateren echter ook dat empowerment initiatieven zoals medezeggenschap in bewonersraden beperkt zijn tot wat de bewoners zien als niet-significante aspecten van hun leven. 'We can not help them with things that really matter for them', aldus een Noorse geinterviewde (Valenta & Berg, 2010).

Het voorgaande geeft aan dat het aanbieden van activiteiten aan asielzoekers door bewoners en medewerkers als positief wordt ervaren, maar dat dit ook beperkingen kent. De besproken studies zijn weliswaar geen echte effectevaluaties, maar er zijn wel verschillende aandachtspunten uit naar voren gekomen die ook voor de pilot activering op gezinslocaties van belang zijn, zoals het vaak weinig gestructureerde en onzekere leven op de asielzoekerscentra, de belemmerende werking van tegenstrijdige boodschappen en de beperkte bewegings- en keuzevrijheid. Deze belemmeringen gelden mogelijk nog sterker voor de bewoners van de gezinslocaties, die een soberder regime kennen dan AZC's. Naar verwachting zal het niveau van participatie dat bewoners op gezinslocaties kunnen halen dus ook beperkt zijn. Bovenstaande studies geven echter onvoldoende basis om de impact van beperkte participatie op de effectiviteit van de activeringsactiviteiten te kunnen voorspellen.

3.3.2 Activering en terugkeer

Brekke (2004) heeft de ervaringen van asielzoekers in Zweden met het wachten op een beslissing voor hun asielaanvraag onderzocht en wat de gevolgen zijn van de wachttijd op latere integratie in de samenleving of terugkeer naar het land van herkomst. De studie is gebaseerd op een combinatie van foto's die gemaakt zijn door de asielzoekers en kwalitatieve interviews. Volgens het Zweedse asielbeleid zou de asielperiode gevuld moeten zijn met betekenisvolle activiteiten die de asielzoeker voorbereiden op en bekwaam maken voor de uitkomst van de asielbeslissing, zij het voor terugkeer of voor integratie in de Zweedse maatschappij (Brekke, 2004). De studie laat zien dat deze twee tegenstrijdige doelen problematisch zijn, voor zowel asielzoeker als voor de autoriteiten. De mogelijkheid van terugkeer beïnvloedt enerzijds de motivatie voor en toegang tot integratiemogelijkheden. Anderzijds zorgt een verhoogde integratie in Zweden ervoor dat terugkeer bemoeilijkt wordt. Asielzoekers lijken zich niet voor te bereiden op een mogelijke terugkeer naar het land van herkomst; terugkeer werd door hen niet als een mogelijke uitkomst gezien. Hoewel integratie in de Nederlandse maatschappij voor bewoners van de gezinslocaties formeel niet meer aan de orde is, zou deze tegenstrijdigheid toch een rol kunnen spelen. Veel bewoners doen namelijk toch pogingen om uiteindelijk een Nederlandse verblijfstitel te verkrijgen;[61] de bewoners zouden dus

[61] Verderop in deze evaluatie zal op basis van bewonersregistraties duidelijk worden dat het bewoners van gezinslocaties in een niet onaanzienlijk aantal gevallen lukt om alsnog een verblijfsvergunning te verkrijgen.

ook deel kunnen nemen aan de activiteiten met als doel hun integratie in de Nederlandse samenleving te bevorderen.
In 2010 is door het WODC (Leerkes, Galloway, & Kromhout, 2010) het Toekomst in Perspectief (TIP) project van Vluchtelingenwerk geëvalueerd. Dat is een project van drie regionale afdelingen van Vluchtelingenwerk waarin (bijna) uitgeprocedeerde asielmigranten op vrijwillige basis een serie gesprekken kregen aangeboden over hun toekomstmogelijkheden, waaronder terugkeer. De deelnemers aan het project waren zeer negatief over terugkeer en het doorlopen van de gesprekscyclus leek weinig tot geen invloed te hebben op de intentie tot terugkeer, illegaal verblijf of doormigreren. Volgens de onderzoekers was dat ook niet verwonderlijk, aangezien centrale determinanten van blijf- en terugkeerintenties niet of nauwelijks beïnvloed worden door toekomstgesprekken (Leerkes et al., 2010). Deze bevinding is belangrijk voor de pilot activering op de gezinslocaties, omdat in de beoogde doelen gesteld wordt dat de activering bij zou moeten dragen aan de terugkeer van de bewoners van de locaties. Uit de evaluatie van Leerkes en collega's (2010) blijkt echter dat centrale determinanten van blijf- en terugkeerintenties (het beeld dat asielmigranten hebben van) a) de levenskansen in het land van herkomst, b) de levenskansen als illegale vreemdeling in Nederland en het risico op uitzetting en c) de eigen gezondheid niet of nauwelijks beïnvloed kunnen worden door dit type activering. De vraag is of dergelijke centrale determinanten wel beïnvloed kunnen worden door de activeringsprojecten binnen de pilot die meer inhouden dan gesprekken over terugkeer.
Daarnaast blijkt uit een studie van Van Alphen, Molleman, Leerkes en Van Hoek (2013) over vertrek en vreemdelingendetentie, dat er slechts een zwak verband was tussen hoe ingeslotenen vreemdelingendetentie ervaren en vertrek. Er gaat enige algemene afschrikwekkende werking van detentie uit, maar er is geen samenhang tussen hoe mensen hun omstandigheden beoordelen en de vertrekbereidheid.

3.3.3 Gezondheid en terugkeer

In verschillende studies is de terugkeer van (asiel)migranten in verband gebracht met gezondheid (Black, Koser, Munk, Atfield, & D'Onofrio, 2004; Black, Koser, & Walsh, 1997; Engelhard, 2004; Van Wijk, 2008). Die relatie tussen gezondheid en terugkeer lijkt niet eenduidig te zijn. Enerzijds bestaat de indruk dat medische klachten kunnen bijdragen aan terugkeer. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om klachten die de migrant toeschrijft aan het verblijf in Nederland en die naar zijn idee – eventueel nadat hij daarover medici heeft geconsulteerd – afnemen bij reintegratie in de meer vertrouwde, oorspronkelijke leefomgeving. Daarnaast worden door Van Wijk (2008) voorbeelden genoemd van een migrant met een terminale ziekte die er de voorkeur aan geeft te sterven in zijn herkomstland en van een zieke moeder met drie kinderen die hoopt dat haar kinderen in het land van herkomst door familieleden verzorgd kunnen worden. De bevindingen van Van Wijk zijn gebaseerd op de ervaringen van zogenoemde 'native counselors'[62] bij hun ontmoetingen met afgewezen asielzoekers en onrechtmatig verblijvende migranten. De onderzoekers hebben gesprekken tussen native counselors en migranten geanalyseerd en counselors geïnterviewd.
Anderzijds wordt verondersteld dat medische klachten meestal een belemmering vormen voor terugkeer, omdat de medische voorzieningen in Nederland vaak beter

[62] In het kader van het zogenoemde *Randstad Return Initiativeproject van IOM* worden uitgeprocedeerde asielmigranten in de vier grote steden actief benaderd en geïnformeerd over de mogelijkheden omtrent zelfstandige terugkeer. Dit gebeurt door personen ('native counsellors') die zelf afkomstig zijn uit de belangrijkste herkomstlanden van de doelgroep en de taal of talen spreken uit het herkomstland (EMN, 2006).

zijn dan in het land van herkomst. Van Wijk (2008) heeft het voorbeeld gegeven van een Iraanse vrouw die kampt met diabetes en een hersentumor. Zij gaf er de voorkeur aan in Nederland te blijven, waar zij betere medische zorg verwachtte dan in Iran. Volgens Black, Koser en Walsh (1997) zijn mensen met een zwakke gezondheid minder goed in staat om informatie te verwerven over remigratiemogelijkheden in het land van herkomst.

Leerkes, Galloway en Kromhout (2010) concludeerden – op basis van analyse van gegevens die zijn verzameld onder 108 (bijna) uitgeprocedeerde asielmigranten in het kader van de evaluatie van het TIP (Toekomst in Perspectief)-project – dat er een positief verband bestaat tussen gezondheid en terugkeerintentie. Circa 80%van de respondenten bleek zeer negatief tegenover terugkeer te staan en volgens de onderzoekers moet een deel van deze geringe terugkeerintentie worden toegeschreven aan gezondheidsproblemen, waarvan de indruk bestaat dat het merendeels om psychische klachten gaat. Een goede gezondheid gaat daarentegen gepaard met een positiever oordeel over terugkeer en de maatschappelijke omstandigheden in het land van herkomst en lijkt het bij te dragen aan het (zelf)vertrouwen dat men terugkeer tot een succes kan maken. Verder zijn er aanwijzingen dat (psychisch) gezonde respondenten in vergelijking met respondenten met gezondheidsklachten in sterkere mate ontvankelijk zijn voor drang vanuit de overheid tot zelfstandige terugkeer wanneer zij bijna zijn uitgeprocedeerd (Leerkes en collega's, 2010).

In een onderzoek naar de determinanten van vertrekbereidheid in de context van vreemdelingenbewaring zijn aanwijzingen gevonden voor een complexe relatie tussen de gezondheid van ingeslotenen en de ontwikkeling van hun vertrekbereidheid. Enerzijds vergroot een goede gezondheid de kans dat de vertrekbereidheid tijdens de detentie toeneemt. Anderzijds lijkt de geneigdheid om mee te werken aan vertrek soms toe te nemen wanneer ingeslotenen vrezen dat hun gezondheid door de detentie (verder) verslechtert (Van Alphen et. al, 2013).

Onder (voormalig) asielzoekers komen relatief veel psychische klachten voor. Een deel van die klachten houdt verband met omstandigheden in het land van herkomst, zoals oorlogstrauma's (Gerritsen et al., 2006). Leerkes en collega's (2014) veronderstellen dat de gezondheid van migranten beïnvloed wordt door de duur van het verblijf in Nederland, en daarmee is gezondheid in verband gebracht met terugkeer. In 2004 vonden Laban en collega's (2004) namelijk een toename van depressieve en andere psychische aandoeningen naarmate de duur van de asielprocedure toeneemt. Zij stelden dat de variabele 'duur van verblijf' samenhangt met een opeenhoping van postmigratiestressfactoren, zoals de angst om weggestuurd te worden, onzekerheid over de duur of het resultaat van de asielprocedure, gebrek aan werk, geld en geschikte huisvesting, zich zorgen maken over of het missen van familieleden in het land van herkomst; en zorgen over de kinderen. Laban en collega's vonden een significante toename van psychopathologie bij asielzoekers; 'duur van verblijf', ofwel een langdurige asielprocedure, bleek hierin een van de belangrijkste risicofactoren te zijn. Voorts hebben Leerkes en collega's (2014) aangetoond dat de kans op zelfstandige terugkeer verband houdt met de duur van het verblijf in Nederland: uit analyse van gegevens over afgewezen asielzoekers en via IOM teruggekeerde asielzoekers in de periode 2005 tot 2011 is gebleken dat de kans op terugkeer relatief klein is wanneer een asielverzoek vrij snel wordt afgewezen of wanneer een beslissing juist lang op zich laat wachten (Leerkes, Boersema, Van Os, Galloway, & Van Londen, 2014). De eerder gevonden toename van gezondheidsproblemen zou de relatie tussen een lange procedureduur en een geringe kans op terugkeer mogelijk deels kunnen verklaren. Een verbetering van de gezondheid door activeringsprogramma's zou dan – indirect – kunnen leiden tot meer terugkeer.

In de volgende paragrafen zullen wij nader ingaan op wat er in de literatuur bekend is over activering en gezondheid.

3.4 Activering en gezondheid

Het verbeteren van de gezondheid van de bewoners is een van de doelen van de onderzochte pilot.[63] In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de literatuur op het gebied van activering en gezondheid en wordt op basis van deze literatuur een inschatting gemaakt van de mogelijke invloed van de pilot op de gezondheid van de bewoners van gezinslocaties en de kosten van de gezondheidszorg op deze locaties.
Een belangrijk onderdeel van de literatuur met betrekking tot activering en gezondheid richt zich op activeringsprogramma's voor patiënten met chronische ziekten. Met activering (*activation* in Engelstalige literatuur) wordt in dit verband de mate bedoeld waarin mensen de 'kennis, vaardigheden en het zelfvertrouwen hebben om hun eigen gezondheid te beheren' (Greene & Hibbard, 2012). Anders dan in de pilot, waar activering vooral wordt gezien als *het actiever maken van mensen* zodat zij meer de regie over hun eigen leven kunnen nemen, wordt activering in studies rond gezondheid en activering gezien als *de mate waarin iemand geactiveerd is* en de regie over het eigen leven/gezondheid *heeft*. Deze mate van geactiveerd zijn kan met behulp van daarvoor ontwikkelde vragenlijsten worden gemeten.[64] In de pilot duidt activering dus vooral op een proces en in de bedoelde literatuur meer op een toestand. Om verwarring te vermijden zullen wij in deze evaluatie spreken over *activering* zoals de term binnen de pilot wordt gebruikt. Voor de term activering zoals deze in de literatuur over activeringsprogramma's en gezondheid wordt gebruikt zullen wij de term *mate van geactiveerd zijn* gebruiken.
Activeringsprogramma's zoals die in deze literatuur worden beschreven hebben als doel om de mate van geactiveerd zijn te vergroten en daarmee de gezondheid van patiënten te verbeteren en aan gezondheid gerelateerd gedrag te versterken (Lorig et al., 1999). Deze programma's bestaan vaak voornamelijk uit voorlichting en informatie over allerlei deelaspecten van het leven met de betreffende ziekte of aandoening. De programma's richten zich op drie domeinen: fysieke aspecten (medicatiegebruik, herkennen van symptomen, aanpassingen in levensstijl zoals sporten en stoppen met roken, voedingsgewoonten, het vinden van de juiste zorg), psychologische aspecten (empowerment, *self-efficacy*, het omgaan met de psychologische effecten van de ziekte) en sociale aspecten (werk, relaties met anderen, samenwerking met zorgverleners) (Lorig et al., 1999; Swendeman, Ingram, & Rotheram-Borus, 2009). Er bestaan programma's voor mensen met specifieke ziektes, zoals hart en vaatziekten en HIV, maar ook meer algemene programma's die zich richten op patiënten met allerlei chronische aandoeningen. Een analyse door Warsi et al. (2004) van 71 van dergelijke studies liet voor een aantal aandoeningen (diabetes, astma, hoge bloeddruk) een verbetering van symptomen zien na het doorlopen van een activeringsprogramma (Warsi, Wang, LaValley, Avorn, & Solomon, 2004).
Naast activeringsprogramma's voor mensen met een bepaalde ziekte zijn er ook programma's die gericht zijn op een institutionele setting, zoals zorginstellingen voor ouderen en psychiatrisch patiënten. Een activeringsprogramma dat in de jaren '80 in een Zweedse woonvorm voor ouderen werd uitgevoerd (Arnetz, Eyre & Theorell, 1982; Arnetz & Theorell, 1983) had een opzet die overeenkomsten

---

[63] TK 2012-2013, 19 637, nr. 1721; TK 2013-2014, 19 637, nr. 1787; TK 2013-2014, 19 637, Nr. 1747.

[64] Voor de Nederlandse vertaling van een instrument om de mate van geactiveerd zijn te meten zie (Nijman, Hendriks, Brabers, de Jong, & Rademakers, 2014)). Uit populatieonderzoeken blijkt dat een hogere score op activering samenhangt met een betere gezondheid. Bovendien zijn er aanwijzingen dat activering samenhangt met inkomen, opleiding en sociaaleconomische status (Greene & Hibbard, 2012; Lubetkin, Lu, & Gold, 2010; Nijman et al., 2014).

vertoont met die van de pilot op de gezinslocaties. Doel van dit Zweedse programma was om hospitalisatie tegen te gaan en de mate van sociaal-geactiveerd zijn en controle over het eigen dagelijks leven van bewoners te vergroten. Het programma werd uitgevoerd door activiteitenbegeleiders. De inhoud werd door bewoners en staf samen bepaald. Net zoals bij de pilot werd op basis van bewonersinterviews een activiteitenprogramma opgezet dat aansloot bij de interesses en ervaring van de bewoners. Dit programma omvatte onder andere muziek, zang, een geschiedenisgroep en uitstapjes in de omgeving. De uitkomsten van het programma lieten zien dat ouderen die deelnamen weliswaar actiever werden, maar dat had weinig effect op de psychische en fysieke gezondheid (Arnetz et al., 1982; Arnetz & Theorell, 1983). Wel werd een significante afname in gevoelens van rusteloosheid gevonden (Arnetz & Theorell, 1983). Ander onderzoek naar deelname aan activiteiten in 42 woonvormen voor ouderen liet onder andere zien dat de deelnamegraad aan door de instelling georganiseerde activiteiten hoger is wanneer de activiteiten meer gestructureerd en in een samenhangend programma worden aangeboden (Lemke & Moos, 1989).
Ook binnen andere institutionele settingen wordt aan activering gedaan. Op grond van een systematische literatuurstudie over zelfredzaamheid van gedetineerden concludeert Molleman (2014) dat er aanwijzingen zijn dat activiteiten op het gebied van sport, maar ook van koken, onderwijs en zingeving, bevorderlijk zijn voor de gezondheid van gedetineerden (Molleman, 2014).
Binnen de gedragstherapie is eveneens aandacht voor het activeren van individuen. Zo is gebleken dat 'gedragsactivatie' een effectieve behandeling kan zijn voor de behandeling van depressies (Veale, 2008; Dimidjian et al., 2006; Baas & Ruhé, 2007). De kern van gedragsactivatie is het identificeren van activiteiten en problemen die door het individu vermeden worden, waarna een 'activiteitenplanning' met doelen op de korte termijn wordt samengesteld. Het individu wordt aangemoedigd om deze planning aan te houden en de activiteiten te zien als afspraken met zichzelf. Het doel hiervan is veranderingen op kleine schaal te realiseren en de activiteit van het individu langzaam op te bouwen, waarna doelen op de lange termijn gesteld kunnen worden.
Bewezen effectieve activeringsprogramma's voor chronisch zieken richten zich dus op het verhogen van de mate van geactiveerd zijn. Deze programma's bevatten een aantal onderdelen die overeenkomen met de pilot, zoals sport en beweging en empowerment. Doel van deze programma's was om patiënten beter in staat te stellen de regie over hun eigen gezondheid te nemen, wat volgens een aantal studies hun gezondheid verbeterde (Warsi et al., 2004). De pilot is gebaseerd op een soortgelijk mechanisme; door activering zouden bewoners beter in staat zijn om de regie over hun eigen leven te voeren, wat positieve effecten zou hebben voor hun gezondheid en terugkeer. Het is echter de vraag in hoeverre deze onderzoeksbevindingen uit de bestaande literatuur ook gelden voor het activeringsprogramma in de pilot op de gezinslocaties. Omdat de pilot geen nulmeting kent en er niet is gewerkt met bestaande meetinstrumenten is niet te achterhalen in hoeverre bewoners van gezinslocaties al geactiveerd waren voor de start van de pilot. Een eventuele toename is op deze manier dan ook niet vast te stellen. Gezien hun economisch zwakke positie, asielachtergrond en beperkende en onzekere omstandigheden valt echter te verwachten dat de bewoners relatief laag scoren op de mate van geactiveerd zijn. Het verhogen van het niveau van geactiveerd zijn, waardoor zij hun eigen gezondheid effectiever kunnen beheren, zou dus aan hun gezondheid kunnen bijdragen (Lorig et al., 1999). De pilot mist echter de gezondheidscomponent die deel uitmaakte van de onderzochte activeringsprogramma's, met bijvoorbeeld informatie over medische zorg en bepaalde aandoeningen.

De pilot vertoont een aantal overeenkomsten met het voornoemde door Arnetz, Eyre en Theorell (1982; 1983) beschreven Zweeds activeringsprogramma voor ouderen in zorginstellingen, dat als doel had om hospitalisatie tegen te gaan en de controle over het dagelijks leven en de mate van sociaal-geactiveerd zijn te vergroten. Dit activeringsprogramma richtte zich vooral op activiteiten en dagbesteding en minder op empowerment en sport. Er werden in een evaluatie van dit programma geen gezondheidseffecten gevonden (Arnetz et al., 1982; Arnetz & Theorell, 1983). Deze studie ondersteunt de verwachting dat het aanbieden van dagbestedingsactiviteiten tot positieve effecten op de gezondheid van bewoners zou leiden dan ook niet. In de volgende paragraaf zullen wij nader ingaan op de mogelijke effecten van sport en beweging.

3.4.1 Sport en beweging

Specifieke vormen van activering binnen de pilot zijn sport en beweging. Niet alleen de algemene positieve gezondheidseffecten van beweging, zoals een lagere kans op allerlei chronische en acute aandoeningen, zijn hierbij van belang; uit verschillende studies blijkt dat sporten psychische klachten en de schadelijke gevolgen van stress kan verminderen (Boonstra & Hermens, 2011; De Moor, Beem, Stubbe, Boomsma, & De Geus, 2006; Meyer & Broocks, 2000; Penedo & Dahn, 2005; Salmon, 2001; Stathopoulou, Powers, Berry, Smits, & Otto, 2006). In deze onderzoeken zijn positieve effecten gevonden van begeleide sport- en bewegingsprogramma's op de psychische gezondheid en het welbevinden van deelnemers, vooral bij angsten en depressies.
Daarnaast zijn er in verschillende landen projecten uitgevoerd die beogen de gezondheid van bepaalde bevolkingsgroepen te verhogen door middel van publieke programma's die tot gedragsveranderingen zouden moeten leiden, zoals gezondere voeding, stoppen met roken en meer beweging of sport. Diverse door Amerikaanse lokale gemeenschappen zelf ontworpen programma's zijn geëvalueerd door Wagner et al. (2000). Anders dan de hiervoor beschreven bewegingsprogramma's voor specifieke patiëntengroepen zijn deze programma's op grotere gemeenschappen gericht, zoals de bewoners van bepaalde achterstandswijken of een reservaat voor *Native Americans*. De geëvalueerde programma's bestonden onder andere uit voorlichtingscampagnes, activiteiten op scholen en samenwerkingsverbanden met de lokale horeca en supermarkten in het aanbieden van gezonde voeding. De meeste van deze programma's bleken niet tot significante gedragsveranderingen te hebben geleid (Wagner et al., 2000).[65]
Van sport en beweging kan een verbetering van de fysieke en psychische gezondheid worden verwacht. Onder (uitgeprocedeerde) asielzoekers komen veel psychische klachten voor (Böcker & de Heer, 2006; Lamkaddem et al., 2013). In verschillende studies wordt van sport en beweging een positief effect op de psychische gezondheid gevonden (Boonstra & Hermens, 2011; De Moor et al., 2006; Meyer & Broocks, 2000; Penedo & Dahn, 2005; Salmon, 2001).
Hoewel het bekend is dat sport en bewegings- en activeringsprogramma's voor chronisch zieken tot gezondheidsverbetering kunnen leiden, is het niet duidelijk in hoeverre van een dergelijk aanbod van activiteiten verwacht mag worden dat

---

[65] Hoewel er in de meeste studies wel verbeteringen zijn gevonden verschilden deze slechts in enkele gevallen significant van controlegroepen. Soortgelijk onderzoek heeft ook plaatsgevonden naar invloed van de omgeving/inrichting van het landschap op het stimuleren van beweging en sport. Zie bijvoorbeeld voor een review van de effecten van parken en sportfaciliteiten in de omgeving Kaczynski en Henderson (2007). Ook in Nederland worden dergelijke interventies gericht op het stimuleren van sport en beweging opgezet en geëvalueerd (Poiesz et al., 2014).

mensen ook daadwerkelijk meer gaan sporten of bewegen. Een belangrijk verschil tussen de in paragraaf 3.4 beschreven studies en de pilot activering op gezinslocaties is dat het in de beschreven studies gaat om georganiseerde bewegings- en activeringsprogramma's onder begeleiding, waarbij ook enige druk bestaat om deel te nemen, bijvoorbeeld omdat deelname is voorgeschreven door een arts. De pilot bestaat echter uit een verzameling van activiteiten waaraan bewoners vrijwillig en min of meer vrijblijvend mee kunnen doen. Alleen als bewoners door het aanbod in het kader van de pilot activering daadwerkelijk meer gaan bewegen en beter in staat worden hun eigen gezondheid te beheren zou de pilot een positieve invloed op de gezondheid van de bewoners kunnen hebben.

3.5 Zorggebruik en kosten van de gezondheidszorg

Zoals uit de analyse van beleidsstukken in hoofdstuk twee blijkt is het verbeteren van de gezondheid van de bewoners van gezinslocaties door middel van activering niet alleen een doel op zich, maar ook een middel om de kosten voor gezondheidszorg op de gezinslocaties te verlagen. De mate waarin personen gebruikmaken van zorg kan op verschillende manieren worden gemeten. Er kan bijvoorbeeld worden gekeken naar de gemaakte zorgkosten over een bepaalde periode, maar ook naar het aantal bezoeken aan artsen en andere zorgverleners. Op basis van de beschikbare gegevens blijkt het niet goed mogelijk om de zorgkosten van bewoners op COA-locaties te vergelijken met de Nederlandse bevolking. De zorg op COA-locaties is namelijk deels anders georganiseerd. Daarnaast zijn er verschillen in leeftijdsopbouw, een belangrijke factor in zorgkosten. Een vergelijking van zorgconsumptie op basis van het aantal bezoeken aan zorgverleners is wel mogelijk. Uit onderzoek van Lamkaddem en collega's (2013) naar gezondheid en zorggebruik van asielzoekers blijkt dat asielzoekers zonder verblijfsstatus gedurende de opvangperiode veel minder gebruikmaken van gezondheidszorg dan de gemiddelde Nederlander. Nadat mensen een verblijfsvergunning hebben gekregen neemt het zorggebruik toe, en komt het overeen met het Nederlands gemiddelde in dezelfde leeftijdsgroep. Dit is opmerkelijk, omdat Lamkaddem en collega's ook constateerden dat er onder asielzoekers meer lichamelijke en psychische klachten voorkomen dan gemiddeld in Nederland. Mogelijk is er dus eerder sprake van onvoldoende gebruik van gezondheidszorg in de opvang dan van overconsumptie. Het onderzoek van Lamkaddem et al richtte zich op Somalische, Iraanse en Afghaanse asielzoekers, en betreft zowel mensen met een asielstatus als mensen die na langere tijd een status hebben gekregen, vaak op basis van het generaal pardon uit 2007. Deze herkomstgroepen maken ook een belangrijk deel uit van de bewoners van gezinslocaties. Hoewel het onderzoek zich niet specifiek op de gezinslocaties richtte is het dus goed mogelijk dat de bevindingen ook gelden voor bewoners van gezinslocaties.
De Nationale Ombudsman constateerde dat er nog veel drempels zijn in de toegang tot de zorg voor COA-bewoners. Zo wordt er te veel zelfredzaamheid van kwetsbare groepen bewoners verwacht, worden artsen te sterk afgeschermd door praktijkassistentes en verpleegkundigen, wordt er te weinig gebruikgemaakt van tolken en is de toegang tot vervoer naar zorgverleners problematisch. Het beleid zou er volgens de Nationale Ombudsman (2013) vooral op gericht zijn de kosten te beperken door drempels op te werpen. Deze drempels zouden volgens de auteurs worden opgeworpen omdat bij beleidsmakers en sommige zorgverleners het beeld bestaat dat de bewoners te veel zorg vragen, mede omdat ziekte kan lonen in de asielprocedure. Daarnaast kunnen ook culturele verschillen in gezondheidszorg als een drempel worden ervaren, wat tot wederzijds wantrouwen tussen bewoners en zorgverleners zou leiden. Voor preventie van gezondheidsklachten of het welbevinden van

(uitgeprocedeerde) asielzoekers is volgens de auteurs weinig aandacht. De staatssecretaris van Veiligheid en Justitie en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stellen in de kabinetsreactie op het rapport van de ombudsman echter dat de medische zorg voor vreemdelingen zo veel mogelijk aansluit bij de reguliere Nederlandse zorg, waarbij ook met assistenten en praktijkondersteuners wordt gewerkt. Zij zijn dan ook van mening dat het probleem van de toegankelijkheid van de medische zorg voor illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen 'niet zit in het onvoldoende aanwezig zijn van het juiste zorgaanbod maar meer in de ervaren cultuurverschillen en verschillen in verwachtingen die de (uitgeprocedeerde) asielzoeker van de zorgverlener heeft.' In de kabinetsreactie worden op basis van de aanbevelingen van de Ombudsman enkele maatregelen aangekondigd zoals het aanpassen van wachtruimtes op COA-locaties voor meer privacy, verbetering van de samenwerking tussen verschillende betrokken partijen, verbeterde communicatiemogelijkheden op COA-locaties en het intensiveren van de inzet van tolken. Het kabinet erkent verder de door de Ombudsman genoemde gezondheidsrisico's van leven in de illegaliteit, maar ziet de oplossing daarvoor vooral in het ontmoedigen van illegaal verblijf en het inzetten op terugkeer.
Uit de literatuur blijkt dat de belangrijkste factor die samenhangt met zorggebruik de 'ervaren gezondheid' is, dus hoe respondenten hun eigen gezondheid waarderen en welke klachten en ziekten zij zeggen te hebben.[66] Enkele auteurs wijzen op mogelijke methodologische tekortkomingen bij het meten van de samenhang tussen ervaren gezondheid en zorggebruik. Het belangrijkste probleem is dat de causaliteit niet duidelijk is: leidt meer zorggebruik tot meer onderzoek en dus meer diagnoses of leiden meer klachten tot meer zorggebruik? Bovendien wordt er achteraf gemeten. Sutton en collega's (1999) vonden bijvoorbeeld aanwijzingen dat recente bezoeken aan een huisarts de kans verhogen dat iemand een beperking of chronische ziekte rapporteerde.
Zowel in als buiten Nederland zijn verschillende onderzoeken gedaan naar zorggebruik. Uit deze studies blijkt dat niet alleen ervaren gezondheid van invloed is op hoe veel zorg mensen gebruiken. Ook het aanbod van zorg en de toegang tot deze zorg is van belang. Bovendien blijken allerlei achtergrondkenmerken, zoals etniciteit, inkomenspositie, leeftijd, verblijfsstatus en opleidingsniveau, van invloed te zijn op het zorggebruik. In Nederland maken volgens het CBS laagopgeleiden en mensen uit de laagste inkomensgroepen relatief meer zorgkosten, net als bepaalde groepen allochtonen. Of allochtonen meer of minder zorg gebruiken dan autochtonen is echter afhankelijk van de inkomensgroep. Uit studies naar zorggebruik in verschillende andere landen blijkt echter juist dat lagere sociaaleconomische klassen en etnische minderheden minder kans hebben om verwezen te worden naar specialistische zorg dan hogeropgeleiden en mensen uit hogere inkomensgroepen.[67]
Indien de pilot erin zou slagen de ervaren gezondheid van de bewoners te verbeteren, zou dit kunnen betekenen dat het zorggebruik zou dalen. In verschillende onderzoeken wordt 'ervaren gezondheid' als de belangrijkste factor voor zorggebruik gevonden. Mochten de bevindingen van Lamkaddem en collega's (2013) dat asielzoekers in de opvang – ondanks meer gezondheidsproblemen – juist minder gebruikmaken van zorg dan gemiddeld in de Nederlandse bevolking ook gelden voor de bewoners van de gezinslocaties, is het echter de vraag in hoeverre het verbeteren van hun gezondheid ook zal leiden tot lagere zorgkosten. Zoals hierboven

[66] Ervaren gezondheid betreft in tegenstelling tot de daadwerkelijke gezondheid alleen die aandoeningen waarvan de ondervraagde kennis heeft.

[67] In tegenstelling tot het CBS, dat zorgkosten meet, gebruiken deze onderzoeken allemaal het aantal bezoeken aan artsen en andere zorgverleners als indicator voor zorggebruik. Aangezien de prijzen van medische behandelingen verschillen is het niet zeker dat deze onderzoeken hetzelfde meten.

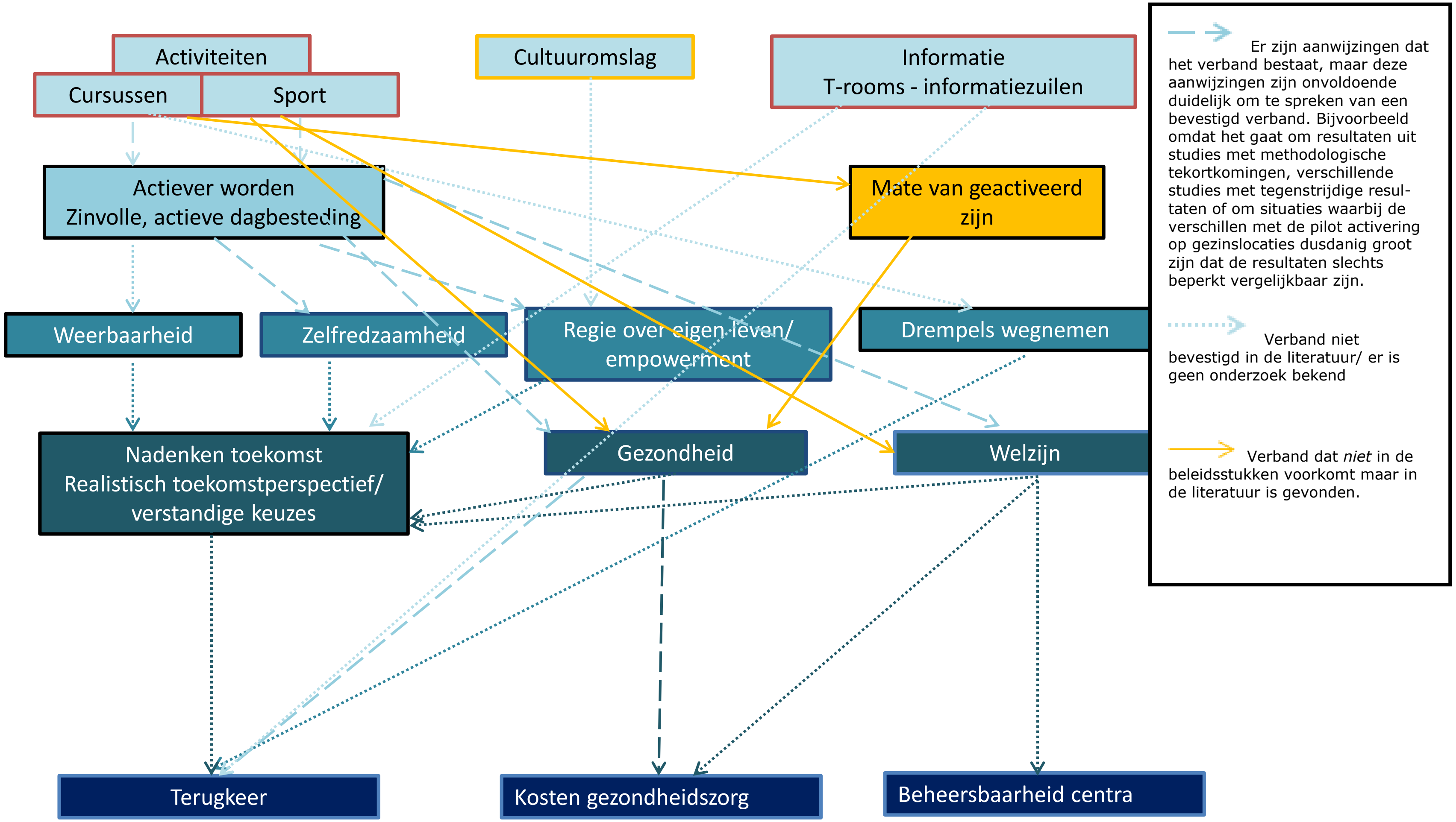
beschreven zijn er – naast de specifieke gezondheidsklachten – allerlei bijkomende factoren die een relatief hoge zorgconsumptie op gezinslocaties aannemelijk maken, zoals de zwakke sociaaleconomische situatie van bewoners en hun positie als etnische minderheden in Nederland. Als de zorgconsumptie – gemeten in aantal bezoeken aan zorgverleners – desondanks relatief laag ligt ten opzichte van de Nederlandse bevolking is het de vraag in hoeverre deze nog verder kan worden verlaagd door het activeren van bewoners.

3.6 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de opzet en onderliggende mechanismen waarop de pilot activering op gezinslocaties is gebaseerd geplaatst in het kader van de Nederlandse en internationale literatuur op dit gebied. De pilot richt zich op het fenomeen hospitalisatie en gaat er van uit dat bewoners van gezinslocaties kunnen hospitaliseren en daarom ge(re)activeerd zouden moeten worden, teneinde hun gezondheid en welzijn te verbeteren, de zorgkosten te verlagen en de terugkeer naar het land van herkomst te bevorderen. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat verveling en passiviteit kunnen voorkomen bij mensen die langdurig inactief zijn, zoals de bewoners van gezinslocaties, en dat dit negatieve gevolgen voor de gezondheid kan hebben. Er bestaat echter in de internationale wetenschappelijke literatuur geen consensus over de oorzaken van hospitalisatie. Daarnaast is maar zeer beperkt onderzoek gedaan naar programma's die hospitalisatie en inactiviteit tegen zouden moeten gaan, ondanks vele activeringsinitiatieven die in Nederland in verschillende sectoren al hebben plaatsgevonden. Dit onderstreept het belang van het onderhavige onderzoek. Dit betekent echter ook dat het niet mogelijk is om op basis van direct vergelijkbaar onderzoek uitspraken te doen over de te verwachten effectiviteit van de pilot. Daarom is in dit hoofdstuk een bredere literatuurverkenning uitgevoerd.
De pilot activering op gezinslocaties heeft verschillende overeenkomsten met beleid dat gericht is op sociale activering, empowerment of (arbeidsmarkt) participatie. In alle gevallen is het doel mensen actief te maken en hun een zinvolle dagbesteding en meer controle over het eigen leven te geven. Er is echter geen onderzoek bekend naar de effectiviteit van dergelijke activeringsprogramma's. Hetzelfde geldt voor verschillende projecten waarbij activiteiten werden aangeboden aan asielzoekers. Hoewel er aanwijzingen zijn dat deze activiteiten door bewoners en medewerkers als positief worden ervaren en dat hierdoor de participatie, zelfwaardering en het welbevinden van de asielzoekers verbeteren, zijn ook hier geen effectstudies uitgevoerd. Wel zijn er uit verkenningen verschillende aandachtspunten naar voren gekomen die ook voor de pilot activering op gezinslocaties van belang zijn, zoals een zekere dynamiek op de asielzoekerscentra, de belemmerende werking van tegenstrijdige boodschappen en de beperking van bewegings- en keuzevrijheid.
In de internationale literatuur zijn wel effectstudies bekend van activeringsprogramma's bij verschillende andere doelgroepen, vooral op het gebied van gezondheid. Vooral sportprogramma's voor specifieke patiëntengroepen bleken effectief in het verbeteren van de fysieke en psychische gezondheid. De pilot activering op gezinslocaties kent echter een andere opzet dan de onderzochte activerings- en sportprogramma's. Het is dan ook de vraag in hoeverre deze effecten ook voor de bewoners van gezinslocaties gelden.
Uit studies naar zelfstandige terugkeer wordt niet duidelijk in hoeverre hospitalisatie en activering een rol spelen. Gezondheid lijkt een belangrijke factor bij zelfstandige terugkeer: over de invloed van een goede of juist een slechte gezondheid zijn de bevindingen echter niet eenduidig. Door het verbeteren van de gezondheid van

bewoners van gezinslocaties zou de pilot dus mogelijk indirect bij kunnen dragen aan een grotere terugkeerbereidheid, maar ook een tegengesteld effect is denkbaar.
Een derde doelstelling van de pilot is dat deze zou moeten bijdragen aan het verlagen van de zorgkosten. Wanneer het zorggebruik wordt gemeten in het aantal contacten met artsen of paramedici blijkt echter dat asielzoekers gedurende hun tijd in het AZC juist minder gebruikmaken van de zorg dan gemiddeld is in Nederland, ondanks het feit dat zij meer gezondheidsklachten hebben dan de gemiddelde Nederlander. Als deze resultaten ook opgaan voor gezinslocaties is het onwaarschijnlijk dat de kosten verder verlaagd kunnen worden door het verbeteren van de gezondheid van bewoners. Meer activering zou op korte termijn zelfs tot meer zorggebruik en hogere gezondheidskosten kunnen leiden, wanneer bewoners meer de regie over hun eigen gezondheid nemen.
In figuur 3.1 wordt tot slot een schematisch overzicht gegeven van de veronderstelde werkzame mechanismen die in deze literatuurstudie al dan niet zijn bevestigd. In de volgende hoofdstukken zullen wij ingaan op de ervaringen van medewerkers, bewoners en andere betrokkenen met de pilot. In de conclusie zullen de veronderstelde werkzame mechanismen, voor zover mogelijk, worden getoetst aan deze ervaringen.

Figuur 3.1 Schematische weergave van de veronderstelde werkzame mechanismen die al dan niet zijn bevestigd in de literatuurstudie



4 Implementatie, organisatie, uitvoering van de pilotactiviteiten

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de pilot activering is geïmplementeerd en uitgevoerd op de pilotlocaties. Dit gebeurt op basis van de interviews met medewerkers waarin is gevraagd naar de manier waarop de plannen die er waren aan het begin van de pilot verder ontwikkeld zijn, de organisatie en de planning van activiteiten, het verloop van de activiteiten en de samenwerking met overige partijen die betrokken waren bij de implementatie en uitvoering. Hierbij is veel aandacht besteed aan zaken die volgens betrokkenen belangrijk waren voor het succes van activiteiten en aan zaken die een belemmering of een probleem vormden.
Zoals in het tweede hoofdstuk van dit rapport werd beschreven is op basis van een brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie over de pilot activering aan de Tweede Kamer gekozen voor een verdeling in vier typen activiteiten en faciliteiten: cursussen, terugkeerruimtes, sportfaciliteiten en activiteitenbegeleiding.[68] De eerste twee typen worden uitgevoerd door de DT&V, de laatste twee door het COA. In dit hoofdstuk wordt ten eerste een overzicht gegeven van de cursussen en activiteiten die door de DT&V en het COA op de pilotlocaties zijn aangeboden. Het gaat hierbij niet alleen om activiteiten in het kader van de pilot; het bleek lastig om de door het COA georganiseerde activiteiten in te delen in pilot- en niet-pilotactiviteiten. Vervolgens wordt beschreven hoe het DT&V-deel van de pilot tot stand is gekomen en is uitgevoerd. Daarbij gaan we achtereenvolgens in op de vakopleidingen, de overige cursussen die door DT&V zijn aangeboden en de zogeheten 'terugkeerruimtes'. Ten derde wordt beschreven hoe de COA-activiteiten tot stand zijn gekomen en uitgevoerd. Hierbij gaat het om een zeer divers en uiteenlopend aanbod van sportfaciliteiten en activiteitenbegeleiding. Zowel de totstandkoming van de verschillende faciliteiten en activiteiten als de informatievoorziening aan en werving van deelnemers komt aan bod. Daarna wordt de organisatie van activiteiten uiteengezet en de uitvoering ervan beschreven. Het hoofdstuk bevat tot slot gegevens over deelname aan de cursussen en activiteiten.

4.1 Overzicht pilotactiviteiten

De onderstaande tabellen 4.1 en 4.2 bevatten een overzicht van de cursussen die in de pilotperiode zijn aangeboden door de DT&V en van de activiteiten die door het COA zijn georganiseerd. Het overzicht is gebaseerd op deelnemerregistraties verkregen van de pilotlocaties. Vanuit de DT&V zijn er zowel per pilotlocatie als landelijk (dus voor de drie pilotlocaties samen) diverse cursussen aangeboden. Aan de volwassen bewoners van de gezinslocaties is door Solid Road een cursus webdesign en grafisch ontwerpen aangeboden, in combinatie met een business- en jobtraining. De bijeenkomsten voor deze cursus vonden wekelijks in Utrecht plaats. De cursussen die voor de drie pilotlocaties afzonderlijk zijn georganiseerd zijn grotendeels uitgevoerd door lokale ROC's. Aan het praktische gedeelte van de cursussen (bijvoorbeeld autotechniek, kapper, zorgassistent) was een gedeelte gekoppeld dat gericht is op sollicitatie- en/of ondernemersvaardigheden. De cursusbijeenkomsten vonden veelal plaats in ruimtes van het betreffende ROC. Daarnaast is op elke locatie een cursus empowerment (georganiseerd door Beyond Borders of New Dutch Connections) aangeboden en een cursus basiscomputervaardigheden

[68] TK 2013-2014, 19 637, nr. 1787. 14 februari 2014.

(georganiseerd door Solid Road). Voor de cursussen gold een limiet aan het aantal deelnemers. Hoewel de pilot op 1 maart 2014 is begonnen is het eerste onderdeel binnen het DT&V aanbod pas in juli 2014 van start gegaan. De overige cursussen zijn nog later begonnen. Volgens de geïnterviewde medewerkers kwam dit doordat pas na de start van de pilot op 1 maart kon worden begonnen met het inkoop- en implementatietraject.

Tabel 4.1 Overzicht pilotaanbod DT&V

Cursussen DT&V	Frequentie	Periode
Landelijk – DT&V		
Solid Road – Webdesign/grafisch ontwerpen (in combinatie met business- en jobtraining)	Wekelijks	juli – september 2014
Gilze		
ROC Tilburg – autotechniek	Twee lessen per week	november 2014 – januari 2015
ROC Tilburg – mode & kleding	Twee lessen per week	november 2014 – januari 2015
ROC Tilburg – kapper	Twee lessen per week	november 2014 – januari 2015
Beyond Borders – empowerment		september – november 2014
Solid Road – PC skills	Wekelijks	januari – maart 2015
Burgum		
ROC Friese Poort – Klusjesman (in combinatie met ondernemers- en werknemersvaardigheden)	Twee lessen per week	november 2014 – januari 2015
ROC Friese Poort – Zorgassistent (in combinatie met ondernemers- en werknemersvaardigheden)	Twee lessen per week	november 2014 – januari 2015
New Dutch Connections – empowerment	Twee lessen per week	maart – juni 2015
Solid Road – PC skills	Wekelijks	januari – maart 2015
Den Helder		
ROC Noordwest-Holland – Medisch/zorg	Wekelijks	september – december 2014
ROC Noordwest-Holland Kapper	Wekelijks	november 2014 – januari 20154
ROC Noordwest-Holland – Businesstraining	Wekelijks	
ROC Noordwest-Holland – Jobtraining	Wekelijks	
Beyond Borders – empowerment	?	oktober 2014 – januari 2015
Solid Road – PC skills	Wekelijks	januari – maart 2015

Tabel 4.2 betreft activiteiten die in de pilotperiode zijn georganiseerd door het COA. Het overzicht is gebaseerd op wat de locatiemanagers hebben gecategoriseerd als een activiteit in het kader van de pilot activering. Er hebben tijdens de pilotperiode op de drie locaties echter zowel pilot- als niet-pilotactiviteiten plaatsgevonden. Er is, zoals in de inleiding is besproken, naast de pilot activering ook in algemene zin meer aandacht gekomen voor activering binnen de asielopvang. Tijdens de interviews die in het kader van deze evaluatie zijn gevoerd met betrokken medewerkers en bewoners bleek dat het onderscheid tussen pilot- en niet-pilotactiviteiten voor hen niet duidelijk is. Daarnaast is niet altijd duidelijk welke keuzes locatiemanagers en andere betrokkenen hebben gemaakt bij het categoriseren van activiteiten als pilot- of niet-pilotactiviteit. Zo bleek tijdens de interviews bijvoorbeeld dat op alle drie de pilotlocaties in de pilotperiode ook lessen in basaal Nederlands werden aangeboden, maar alleen in het overzicht van Burgum is deze activiteit weerge-

geven.[69] Ook bleek dat in Gilze veel bewoners actief zijn in zelfwerkzaamheid (helpen in de centrale keuken), maar in het overzicht wordt alleen in Den Helder zelfwerkzaamheid als pilotactiviteit genoemd. Gezien de beschreven onduidelijkheden zal in het verdere rapport het onderscheid in pilot- en niet-pilotactiviteiten niet benadrukt worden en zal er worden gekeken naar ervaringen met verschillende vormen van activering gedurende de pilotperiode in het algemeen.
Het COA heeft in de pilotperiode ook verschillende (sport)faciliteiten op de centra gerealiseerd. Zo is in Den Helder een fitnesstoestel geplaatst en is een sportveld opgeknapt, in Burgum is geïnvesteerd in het uitbreiden van sportmaterialen voor de zogenoemde sportuitleen en in Gilze is een basketbalveld aangelegd.
De door het COA georganiseerde activiteiten bestaan voornamelijk uit sport- en creatieve activiteiten, waarvan sommige in een hoge frequentie en gedurende een groot deel van de pilotperiode hebben gelopen (zoals vrouwensport in Burgum of aerobics voor vrouwen in Den Helder), terwijl andere activiteiten incidenteel waren (bijvoorbeeld een volleybaltoernooi in Burgum).
Ook de meeste COA-activiteiten zijn in de loop van de pilot gestart, omdat er volgens de geïnterviewde medewerkers nog veel geregeld moest worden nadat duidelijk werd dat de pilot zou gaan plaatsvinden.

Tabel 4.2 Overzicht pilotaanbod COA

Activiteiten COA	Frequentie	Periode
Gilze		
Dance 4 joy	wekelijks	januari 2015 -eind
Vrouwensport (verschillende groepen)	dagelijks	april 2014 - eind
Weerbaarheid	wekelijks	juni-juli 2014 & januari-februari 2015
Keramiek	wekelijks	mei-juni 2014
Naai-atelier	wekelijks	juli 2014 - eind
Handwerk	wekelijks	februari - maart 2015
Fitness	doordeweeks dagelijks geopend	juni 2014 - eind
Boksles	wekelijks	augustus 2015 - eind
Aerobics	wekelijks	augustus 2014 - eind
Picknicktafels maken	in overleg met bewoners	juni-juli 2014
Voetbaltraining	wekelijks	augustus t/m oktober 2014
Zangles	wekelijks	oktober t/m december 2014
Burgum		
Basaal Nederlands	2 keer per week	maart tot september 2014
Weerbaarheid vrouwen Armenië	wekelijks	maart - april 2014
Weerbaarheid vr. Eritrea	eenmalig	juli 2014
Zwemmen vrouwen	2 keer per week	augustus 2014 - eind
Zwemmen mannen	2 keer per week	augustus 2014 - eind
Koken restaurant	incidenteel	
Muziek	wekelijks	augustus 2014 - eind
Aerobics	2 keer per week	november 2014 - eind
Naaien	wekelijks	november 2014 - eind
Tennis mannen	wekelijks	november 2014 - januari 2015
Tennis vrouwen	wekelijks	november - december 2014
Volleybaltoernooi	eenmalig	juni 2014
Voetbaltoernooi	eenmalig	juli 2014
Tafeltennistoernooi	eenmalig	juli 2014

[69] In het pilotoverleg was besproken dat basaal Nederlands geen onderdeel van de pilot kon zijn.

Activiteiten COA	Frequentie	Periode
Workshop porselein	3 lessen	augustus - september 2014
Bingo	incidenteel	
Fitness	onbeperkt	november 2014 - eind
Voetbal	3 keer per week	november 2014 - eind
Workshop mixed media	2 lessen	
Zwemfit	wekelijks	november 2014 - eind
Den Helder		
Aerobics vrouwen	2 keer per week	april 2014 - januari 2015
S'habam vrouwen	wekelijks	juli tot oktober 2014
Moestuin mannen	doorlopend	maart tot oktober 2014
Vrijwilligerswerk buiten AZC	doorlopend	
Zelfwerkzaamheid	doorlopend	
Naailes vrouwen	wekelijks	april 2014 - eind
Weerbaarheid vrouwen	wekelijks	april 2014 - eind
Zwemmen vrouwen	wekelijks	oktober 2014 - maart 2015
Zwemmen mannen	wekelijks	oktober 2014 - maart 2015
Fietsen vrouwen	twee keer per week	april tot juni 2014
Fitness	dagelijks geopend	januari 2015 - eind

4.2 Pilot-onderdelen DT&V

De informatie in deze paragraaf is gebaseerd op interviews met verschillende DT&V-medewerkers: regievoerders en senior regievoerders van de pilotlocaties, de DT&V-pilotcoördinator en een opleidingscoördinator die direct na de start van de pilot is aangesteld om samen met de pilotcoördinator het DT&V-deel van de pilot vorm te geven. Daarnaast is met een medewerker van Solid Road gesproken over een aantal opleidingen die door deze NGO zijn georganiseerd.
De DT&V heeft drie verschillende onderdelen gerealiseerd: 1) vakopleidingen 2) overige trainingen/cursussen en 3) de T-room. De pilotcoördinator DT&V en de opleidingscoördinator hebben in de beginfase bij verschillende partijen geïnventariseerd welke opleiders betrokken zouden kunnen zijn. Het ging hierbij voornamelijk om lokale ROC's, die een groot deel van het cursusdeel van DT&V hebben uitgevoerd.[70]

4.2.1 Vakopleidingen

Totstandkoming
In de eerdergenoemde brief over de pilot aan de Tweede Kamer werd gesteld dat de cursussen die in het kader van de pilot georganiseerd zouden worden kortlopende opleidingen moesten zijn, gericht op activiteiten die de vreemdeling kunnen helpen bij terugkeer en herintegratie in het herkomstland. Volgens de brief moesten deze cursussen en opleidingen aansluiten bij de bestaande terugkeerprojecten en mogelijkheden die de plaatselijke ROC's aanbieden en zouden zoveel mogelijk in de

---

[70] Er is ook is gesproken met NGO's als Beyond Borders, Solid Road, Bridge to better en New Dutch Connections, omdat deze organisaties de doelgroep kennen en hierdoor een passend aanbod zouden kunnen verzorgen. Deze organisaties bleken echter vaak met een schaalgrootte probleem te kampen waardoor het voor hen lastig was om cursussen op de drie pilotlocaties te organiseren die geografisch gezien niet centraal lagen. Zij hebben een beperkt deel van het aanbod verzorgd (onder meer computercursussen) en voor de vakopleidingen is gekozen voor lokale ROC's.

eigen taal moeten worden aangeboden.[71] Voor de vakopleidingen is de DT&V in zee gegaan met drie lokale ROC's: het ROC Tilburg (Gilze), het ROC Noordwest-Holland (Den Helder) en het ROC Friese Poort (Burgum). In overleg met deze ROC's is door de DT&V-pilotcoördinator en de DT&V-coördinator opleidingen een lijst gemaakt van onderwerpen die voor de ROC's haalbaar waren en waarvan de cursus niet langer zou duren dan drie maanden. Het ging om vakgerichte opleidingen met daaraan gekoppeld onderdelen ondernemers- en sollicitatievaardigheden. Deelnemers zouden dan ook meteen nadenken over hoe ze de geleerde vaardigheden in de toekomst zouden kunnen inzetten.[72] Aan de al bestaande, afgebakende modules van deze vakopleidingen is het een en ander aangepast om aan te sluiten bij de doelgroep. In verband met de taalbarrière is bijvoorbeeld meer met plaatjes en filmpjes gewerkt dan het ROC gewend was.
Op twee van de pilotlocaties zijn inventarisatiemiddagen georganiseerd waar de lokale ROC's de opleidingen van de lijst kort hebben gepresenteerd. Na afloop van de presentaties konden de bewoners hun eerste, tweede en derde voorkeur doorgegeven. De regievoerders van de DT&V op de locatie hebben daarna (in overleg met het COA) bekeken waar de meeste animo voor was, wat het budget toeliet en wat goede combinaties van opleidingen waren, zodat zoveel mogelijk bewoners konden starten. Redenen om de keuzes via deze methode te laten verlopen:

> '[...] je kunt mensen ook vragen wat ze willen doen, maar dan loop je het risico dat je een enorme lijst krijgt, en – in het kader van verwachtingenmanagement – vonden we dat niet fair, want dan moet je mensen misschien teleurstellen. Want nu hadden we keus, maar toch een iets concreter aanbod (coördinator opleidingen DT&V).'

In Den Helder is deze methode niet gevolgd, omdat het COA na de start van de pilot al had geïnventariseerd waar de bewoners iets over wilden leren. Omdat daar computervaardigheden, kappen en EHBO uitkwamen is door de DT&V besloten de vakopleidingen op deze locatie hierop toe te spitsen. Door het lokale ROC is een informatiebijeenkomst op de gezinslocatie georganiseerd gericht op kappersvaardigheden en medisch/zorg, waarna bewoners zich voor een van beide opleidingen konden inschrijven. De computercursus is later in de pilotperiode door Solid Road georganiseerd.
De pilotcoördinator DT&V en de coördinator opleidingen hebben contact gehad met alle pilotlocaties, basisafspraken gemaakt tussen de ROC's en de DT&V en tussentijdse evaluaties gehouden.

Organisatie
Nadat keuzes waren gemaakt voor de vakopleidingen (in Gilze werd het aantal opties gereduceerd tot drie; in Den Helder en Burgum tot twee), konden alle volwassen bewoners die formeel op de gezinslocatie woonden zich inschrijven voor een van de opleidingen. Alleen door een regievoerder in Burgum is aangegeven dat een aantal belangstellenden vanwege teveel aanmeldingen aanvankelijk niet konden deelnemen aan een cursus. Nadat na de eerste les een aantal deelnemers afviel konden zij alsnog meedoen.
De opleidingen zijn op verschillende manieren bij bewoners onder de aandacht gebracht: via posters, flyers, post van het ROC en mondeling tijdens gesprekken door regievoerders. Het ROC heeft vervolgens intakes afgenomen bij de bewoners die zich hadden ingeschreven voor een van de cursussen, waarbij werd 'gescreend'

[71] TK 2013-2014, 19 637, nr. 1787. 14 februari 2014.

[72] Via het maken van een CV of ondernemersplan.

of zij daadwerkelijk in staat waren de opleiding te volgen. Naast formele voorwaarden die gelden voor de pilotactiviteiten zoals het woonachtig zijn op de gezinslocatie (en niet al in het bezit zijn van een verblijfsvergunning, bijvoorbeeld), meldden de geïnterviewde regievoerders ingangseisen die per locatie konden verschillen. Volgens een regievoeder van een van de pilotlocaties is tijdens de intakes beoordeeld of de bewoner voldoende Nederlandse of Engelse taalvaardigheden had, terwijl dat volgens een regievoerder van een andere locatie geen ingangseis was, omdat bij de vakopleidingen veel werd geleerd door middel van kijken en nadoen. Verder vertelde een van de regievoerders dat er geen opleidingseisen aan deelnemers werden gesteld, maar een regievoerder van een andere locatie meldde dat er wel werd gekeken naar het opleidingsniveau van de bewoner en of dat paste bij wat het ROC aanbood. Voorts werd volgens regievoerders tijdens de intakes nagegaan of iemand voldoende gemotiveerd was en of kinderen ergens ondergebracht konden worden tijdens de cursusbijeenkomsten.
Tijdens de interviews met DT&V-medewerkers is gevraagd naar problemen of moeilijkheden die zich bij de organisatie en de voorbereiding van de pilotactiviteiten hebben voorgedaan. Met betrekking tot de cursussen bij de ROC's kwamen twee punten naar voren. Ten eerste gaven medewerkers van alle drie de locaties aan dat het lastig was om opvang van kinderen te regelen tijdens cursusbijeenkomsten. Volgens de pilotcoördinator van de DT&V bestond vanuit de organisatie de opvatting dat de DT&V verantwoordelijk was voor de opvang van kinderen tijdens de cursusbijeenkomsten, aangezien zij de cursus organiseerden. Van tevoren werd echter aangenomen dat er opvangfaciliteiten op de gezinslocaties waren, maar die bleken er niet voldoende te zijn. In Gilze lukte het de deelnemende bewoners onderling voor opvang te zorgen, maar voor een aantal bewoners van de andere twee locaties bleek dat lastig. Daarom besloten de coördinatoren van de DT&V om kinderopvang in te kopen. Omdat de DT&V geen contacten heeft met kinderopvangorganisaties en het COA wel, is afgesproken dat het COA de kinderopvang zou verzorgen, maar dat de DT&V die zou bekostigen. De kosten bleken erg hoog te zijn:

> 'Je praat dan over twee ochtenden opvang. Per kind was dat € 400 per maand (coördinator opleidingen DT&V).'

> 'Het ging soms in de richting van de kosten van de cursus, dat zijn commerciële prijzen. Normaal krijg je als ouder in Nederland een tegemoetkoming in de kosten, maar dat was op ons niet van toepassing (coördinator pilot DT&V).'

Deze oplossing bleek niet ideaal. Zo vertelde een regievoerder uit Den Helder dat er bij de eerste cursus van het ROC voor drie kinderen kinderopvang was ingekocht, maar toen de volgende cursus begon was het budget al op en kon dus geen kinderopvang meer aangeboden worden aan deelnemers. Tevens zijn er volgens enkele geïnterviewden aangemelde bewoners afgevallen die de cursus niet wilden doen als ze hun kind moesten wegbrengen naar een kinderopvang. Om hoeveel bewoners het gaat is niet duidelijk.
Een tweede probleem, door verschillende geïnterviewden genoemd, is dat het vervoer van en naar de cursusbijeenkomsten lastig was, aangezien de gezinslocaties ver van de ROC's gelegen waren. In Burgum en Den Helder zijn, met hulp van het COA, OV-kaarten verstrekt aan de deelnemers. In Gilze is een busje heen en weer gereden. Overigens vond in Gilze één van de opleidingen plaats op de locatie zelf, omdat een deel van de bewoners wel iets wilde doen maar (bijvoorbeeld in verband met zorg voor kinderen) niet buiten de gezinslocatie.
Uit nagenoeg alle gesprekken met (senior) regievoerders op de locaties is verder gebleken dat het organiseren van de vakopleidingen, naast de reguliere taken, veel

werkdruk heeft opgeleverd voor de DT&V-medewerkers op de locaties. Taken die hen veel tijd hebben gekost zijn: het inventariseren onder bewoners, het organiseren van de informatiebijeenkomsten, het uitnodigen van bewoners en de verdere praktische ondersteuning. Volgens verschillende regievoerders was het intensief om de bewoners uit te nodigen en aan te sporen tot deelname, om zoveel mogelijk drempels weg te nemen en om de communicatie tussen bewoners en ROC te realiseren.

> ‘Alleen dat het heel veel tijd en werk kostte om te zorgen dat iedereen er was. Met de uitnodigingen; en ook met het starten van de cursussen. Op een gegeven moment met de cursussen ondernemersvaardigheden en sollicitatievaardigheden, dat je op de dag zelf gebeld wordt van ‘waar zijn de deelnemers?’, ze zijn er niet en dan een rondje centrum gaat bellen, ‘weten jullie waar je moet zijn’, terwijl van te voren alles duidelijk aangegeven was, en dan zeggen ze: ‘ik ga nu naar zwemles’. Dat was too much, dat je constant achter die bewoners aan...
> Bij kappen en medisch ging het vrij makkelijk. Maar bij de laatste cursussen was het echt een beetje sjorren aan de bewoners (medewerker DT&V).’

Over de samenwerking tussen de ROC’s en de DT&V zijn wisselende dingen genoemd. De opleidingscoördinator van de DT&V vond de samenwerking met de ROC’s prettig. De organisatie en voorbereiding van de cursussen ging volgens haar vlot, ondanks dat alles relatief snel opgezet moest worden en zij ervoer de ROC’s als betrouwbare partners in de zin dat er altijd docenten waren en dat lessen niet werden afgelast. Volgens een van de regievoerders liepen de communicatie en de taakverdeling tussen de DT&V en het ROC niet altijd soepel. Zo is het bijvoorbeeld niet altijd goed gegaan wanneer de DT&V van het ROC het verzoek kreeg om de bewoners op korte termijn uit te nodigen en een ruimte te organiseren. Volgens deze regievoerder zou het efficiënter zijn wanneer de organisatie van opleidingen ook ligt bij degene die de opleidingen aanbiedt.

Uitvoering

De opleidingen bij het ROC zijn in 2014 na de zomer van start gegaan. De opleidingscoördinator van DT&V vertelde dat men zich vanaf 1 maart eerst moest verdiepen in de mogelijkheden, dat de ROC’s een periode dicht waren vanwege de zomervakantie, en dat het tijd kostte om alles voor te bereiden. Hoewel het de bedoeling was om de opleidingen zoveel mogelijk in de taal van de bewoners te laten plaatsvinden, zijn de opleidingen in het Nederlands aangeboden omdat het praktisch onmogelijk bleek om te voorzien in de talen van de verschillende herkomstlanden. Tijdens de bijeenkomsten is er onderling vertaald door bewoners en is er door de ROC’s veel gewerkt met plaatjes en minder met tekst.
Voor de drie locaties was de opzet van de vakopleidingen gelijk: er werd begonnen met zes tot negen praktische lessen (zorg, kappen, autotechniek, et cetera) en daarop volgden drie tot zes lessen ondernemers- of sollicitatievaardigheden. In Den Helder ging het om eens per week drie uur; op de andere twee locaties vonden de lessen tweemaal per week plaats. Veel geïnterviewden hebben aangegeven dat het laatste deel van de cursussen, de zakelijke vaardigheden, niet goed bezocht werd. Mogelijke redenen hiervoor volgens hen: het laatste onderdeel was wellicht te concreet gericht op terugkeer naar het land van herkomst, het theoretische niveau was te hoog en de bewoners hadden meer interesse in de praktische lessen dan in de ondernemers- en sollicitatievaardigheden. Uit de evaluatie van de opleidingen door een van de ROC’s blijkt ook dat het theoretische gedeelte te moeilijk en te talig was. Alle cursussen zijn feestelijk afgerond waarbij de bewoners een certificaat kregen uitgereikt voor de training die ze hadden gevolgd. Veel geïnterviewden

spraken lovend over de manier waarop de ROC-docenten de cursussen hebben geleid: zij waren volgens hen erg enthousiast en gedreven.

> 'Ik vond dat ze erg positief en meewerkend waren. Ik had het idee dat ze ook zoiets hadden, dat ze vanuit een soort maatschappelijke betrokkenheid daar best veel tijd in gestoken hebben (medewerker DT&V).'

Volgens enkele geïnterviewden speelt mee dat de bewoners enthousiast en leergierig waren tijdens de cursusbijeenkomsten; iets waar de ROC-docenten bij andere doelgroepen volgens hen vaak niet mee te maken hebben:

> 'Het ROC was erg enthousiast over de deelnemers aan de cursussen: ze hadden goede inzet en waren erg gemotiveerd en leergierig, stelden hele goede vragen, veel meer dan de doelgroep waar ze normaalgesproken mee te maken hebben. (medewerker DT&V).'

> 'Je ziet terug dat docenten zelf aangeven dat ze het zó leuk vonden met deze groep te werken. En dat ze er daardoor, door hun eigen enthousiasme, op die manier mee omgingen (medewerker DT&V).'

De geïnterviewde medewerkers hebben ook enkele moeilijkheden met betrekking tot de inhoud en de uitvoering van de cursussen genoemd. Zo bleek in Gilze dat sommige deelnemers aan de cursus algemene ondernemersvaardigheden (het onderdeel dat volgde op het einde van de vakopleidingen) te weinig voorkennis hadden, zoals taalkennis of computervaardigheden, om de cursus goed te kunnen doorlopen. Het opstellen van een ondernemersplan was voor sommigen van hen te zwaar. Verder kwam volgens een regievoerder de cursus basiscomputervaardigheden, die in januari 2015 begon, eigenlijk te laat.

4.2.2 Overige trainingen/cursussen

Naast de vakopleidingen die zijn georganiseerd en uitgevoerd door de lokale ROC's zijn er enkele cursussen aangeboden door NGO's. Vrij snel na de start van de pilot zijn de coördinator van de pilot en de coördinator opleidingen van de DT&V in overleg gegaan met de stichting Solid Road. Volgens de coördinatoren is deze stichting bekend met de doelgroep en kon zij daarom snel schakelen en snel een cursus van start laten gaan. Het voordeel van Solid Road was volgens de coördinator opleidingen van de DT&V bovendien dat het een organisatie is die ondersteunt bij terugkeer en dat deelnemende bewoners op deze manier via de pilot makkelijk met de stichting in contact zouden komen en wellicht met de stichting over terugkeer zouden nadenken.
De betrokkene bij Solid Road en de coördinatoren van de DT&V hebben samen het plan voor de eerste cursus opgesteld dat bestaat uit vier onderdelen: een training grafisch ontwerpen, webdesign, een jobtraining en een beslistraining. Deze cursus zou aangeboden worden aan bewoners van de drie gezinslocaties samen. Om deelnemers te werven heeft Solid Road posters gemaakt die door de regievoerders op de locaties zijn opgehangen en de regievoerders hebben bewoners uit hun caseload die geschikt zouden zijn om deel te nemen uitgenodigd. Op de locaties is vervolgens een informatieochtend georganiseerd waar voorlichting werd gegeven over de training. Naar aanleiding daarvan konden bewoners zich inschrijven voor een intakegesprek. Bij de intakes hebben taalbeheersing (Engels) en computerkennis een rol gespeeld, omdat het volgens de betrokkene bij Solid Road bij deze training moeilijk zou zijn om informatie over te brengen als deelnemers de taal niet

beheersen of weinig computervaardigheden hebben. Om die reden is een aantal geïnteresseerden afgevallen.
De cursus vond in acht tot tien bijeenkomsten plaats in Utrecht. Omdat daar een locatie gehuurd moest worden en vanwege reiskosten was de cursus volgens de betrokkene van Solid Road vrij duur. Het was echter een voordeel dat de deelnemers geconcentreerd konden werken op een locatie waar in het kader van de pilot gekochte laptops aanwezig waren. Volgens de betrokkene van Solid Road was de opzet van de cursus praktijkgericht en bedoeld om deelnemers te stimuleren na te denken over wat voor soort bedrijf men zou kunnen beginnen of waar men als webdesigner aan de slag zou kunnen in het land van herkomst. Aan de hand van verschillende opdrachten is uiteindelijk een businessplan gemaakt dat bij die ideeën aansluit.
De basiscomputercursus van Solid Road is in januari 2015 gestart en deze is georganiseerd in de open leercentra van de drie locaties. Volgens Solid Road was de training webdesign/grafisch ontwerpen in Utrecht bedoeld voor mensen die goede computervaardigheden hebben en wilde de DT&V ook een cursus aanbieden aan mensen die weinig computerkennis hebben. Het doel van de cursus was volgens de pilotcoördinatoren dat de deelnemers na afloop eenvoudige secretariële taken konden verrichten. Ook bij deze cursus is de nadruk gelegd op het nadenken over de toekomst: volgens de coördinatoren van de DT&V moesten de deelnemers als eindopdracht een eigen CV maken, gericht op eventuele vacatures in het land van herkomst. Volgens de geïnterviewden moesten de deelnemers tijdens de cursus nadenken over wat ze konden, en hoe ze zichzelf zouden kunnen presenteren als ze werk zouden zoeken in het land van herkomst. Wat betreft de werving van deelnemers is eenzelfde aanpak gehanteerd als bij de training webdesign/grafisch ontwerpen. Tijdens de intakes voor deze training lagen de eisen echter lager: er werd gekeken of men voldoende Engels of Nederlands sprak, of men enigszins kon typen en of men gemotiveerd was om deel te nemen.
Hoewel het ook voordelen had dat deze basiscomputercursussen plaatsvonden op de locaties zelf, was dat volgens de trainer van Solid Road niet gunstig voor de concentratie van de deelnemers:

> ‘Ik merkte bij de training basiscomputervaardigheden op de locatie, en dat kreeg ik ook terug van de andere trainers, dat het vaak erg onrustig was, dat mensen naar hun kinderen moesten, of dat er zelfs een kind meegenomen werd naar de les, dat nog niet naar school ging; of dat mensen later kwamen omdat er nog iets geregeld moest worden. Dat maakt het onrustig. Daar gingen de trainers best goed mee om; maar je hebt er minder een goede werkhouding door, je gaat niet echt geconcentreerd aan de slag (trainer Solid Road).’

Tegelijkertijd hebben verschillende geïnterviewden aangegeven dat de deelnemers aan de basiscomputercursus over het algemeen zeer gemotiveerd en enthousiast waren.
De basiscomputercursus vond plaats in de tweede helft van de pilotperiode. Door een aantal respondenten is aangegeven dat het lastig was dat er in deze periode veel activiteiten gelijktijdig liepen. Daardoor was het moeilijk om de activiteiten in te plannen, ondanks het feit dat bewoners gemotiveerd waren om deel te nemen. Een andere moeilijkheid die in dit verband aan de orde is gekomen is dat de beschikbare tijd op een dag beperkt was, aangezien zoveel mogelijk activiteiten tijdens schooltijd gepland moesten worden, zodat er geen opvang geregeld hoefde te worden voor kinderen in de schoolgaande leeftijd.
Zoals aangegeven legde Solid Road, in tegenstelling tot de ROC’s, in de opleidingen de focus op terugkeer. Toch waren de cursussen in het kader van de pilot volgens

de betrokkene van Solid Road uitzonderlijk, aangezien Solid Road normaal gesproken begeleidt richting terugkeer. Aan het einde van een traject met Solid Road is het de bedoeling dat deelnemers terugkeren naar hun land van herkomst. Binnen de pilot was het echter geen voorwaarde dat een bewoner mee zou werken aan terugkeer na afloop van een van de cursussen:

> 'We hebben onze expertise ingezet voor de pilot, maar dat stuk 'mensen gaan echt aan terugkeer werken', dat zat er niet in. Dat was voor ons ook een uitzonderlijke positie (trainer Solid Road).'

Ook zijn op de drie locaties vanuit de DT&V cursussen empowerment aangeboden, georganiseerd door twee verschillende NGO's. Volgens de coördinatoren van DT&V gaan cursussen empowerment in op een van de invalshoeken van de pilot, namelijk 'bewoners in hun kracht zetten'. Volgens een regievoerder kan de cursus omschreven worden als iets wat lijkt op 'mindfullness'; men gaat nadenken over waar men staat en wat men leuk vindt. Er worden bepaalde oefeningen gedaan om mensen los te maken, vertrouwd met elkaar te maken en daarna volgen veel gesprekken. De DT&V is in overleg gegaan met stichting Beyond Borders (locatie Gilze en Den Helder) en New Dutch Connections (locatie Burgum) over de inhoud van het programma en de doelen van de pilot. Bij Beyond Borders ging het om ongeveer acht sessies, met tussendoor ook individueel contact, verspreid over drie maanden. Door New Dutch Connections werden ongeveer 15 sessies aangeboden, tevens verspreid over drie maanden. Tussentijds hebben er evaluaties tussen de DT&V en de NGO's plaatsgevonden.
Volgens één van de regievoerders was het moeilijk om deelnemers te werven voor de cursus empowerment omdat de cursus pas later tijdens de pilotperiode van start ging. De bewoners hadden er op dat moment geen zin meer in, omdat er al voldoende activiteiten waren aangeboden en vanwege de aard van de cursus:

> 'Interviewer: Heb je enig idee van waarom het terugliep?
> Respondent: Ik denk dat de mensen al een beetje moe waren.
> Interviewer: Van al die activiteiten en cursussen?
> Respondent: Ja, zeker met die empowerment, dat ze al actief waren. En misschien ook omdat, die empowerment is niet zo concreet, is vrij abstract, wat ga je leren; een cursus kappen is concreet, dan ga je leren haren knippen. Maar empowerment, wat leer je dan? En dat is lastig concreet te maken. En misschien dat je daarom ook minder animo hebt (medewerker DT&V).'

Ook uit de evaluatie van de cursus door Beyond Borders komt naar voren dat werving van deelnemers aan de cursus op de pilotlocaties moeilijk verliep. Bovendien vormden tijdens de cursus (het gebrek aan) kinderopvang, de verschillen in taalniveau en beperkte schrijfvaardigheden een belemmering. Ook had het grootste deel van de doelgroep er moeite mee om te reflecteren op het eigen handelen, hadden veel van de deelnemers weinig discipline en waren zij weinig gemotiveerd omdat resultaten niet direct zichtbaar en meetbaar waren. Tot slot blijkt uit de evaluatie dat het belemmerend werkte dat de deelnemers geen perspectief hadden; niet in Nederland en niet in het land van herkomst.

4.2.3 Terugkeerruimten

Naast het organiseren van opleidingen hebben de betrokkenen van de DT&V in de eerste drie maanden dat de pilot liep geïnvesteerd in het inrichten van de terugkeerruimten (T-rooms). In de eerste periode ging het volgens de coördinatoren en

andere DT&V-medewerkers vooral over het kiezen van een ruimte op de locatie, het bestellen van meubels en het aan de praat krijgen van de zogenoemde informatiezuilen.
Qua ruimte was de DT&V hierbij afhankelijk van het COA, omdat het COA de gebouwen en terreinen beheert. Volgens de opleidingscoördinator van de DT&V was het lastig om een geschikte ruimte te vinden, omdat de DT&V een aparte ruimte wenste en niet een computerruimte die het COA zelf al in gebruik had. Dit zou volgens de geïnterviewde zorgen voor een eigen identiteit in de T-room. De afhankelijkheid van het COA en de hectiek op het centrum zorgde soms voor problemen:

> 'Om een voorbeeld te geven: in Burgum hadden we een ruimte, en toen kwam er ineens die enorme instroom, en stonden er in een keer stapelbedden in onze T-room, en moesten we toch weer even wachten (coördinator opleidingen DT&V).'

Wel ziet de opleidingscoördinator van de DT&V de samenwerking met het COA onder andere bij het opzetten van de T-room als een succesfactor.
In Den Helder moest meer gedaan worden dan in Gilze en Burgum om de ruimte als T-room in te richten, omdat de enige geschikte ruimte een donkere ruimte was met daarin een grote servicekast. Volgens de regievoerders van de DT&V was de ruimte toch op tijd klaar omdat de staatssecretaris binnen korte tijd naar de locatie zou komen om de pilot officieel te starten en de regievoerders in Den Helder er om deze reden druk achter hebben gezet.
Wat betreft de informatiezuilen wilde de DT&V computers met internet waarop ook geskyped kon worden. Volgens de coördinatoren van de DT&V leverde dat in het begin moeilijkheden op, omdat de zuilen ICT-matig aan de DJI (Dienst Justitiële Inrichtingen) gebonden waren, waar men gewend is om te werken met een eigen netwerk waar veel beveiligingseisen voor gelden. De DJI heeft deze zuilen bijvoorbeeld ook in detentiecentra staan, maar daar mogen gedetineerden niet zelf dingen op doen en is er geen toegang tot internet en social media. Uiteindelijk zijn de PC's in de terugkeerruimte als stand alone geïnstalleerd. De overige spullen in de T-room, zoals boeken, tijdschriften, kranten en (kinder)dvd's uit de landen van herkomst, komen grotendeels van IOM. Ook kleinere stichtingen hebben een bijdrage geleverd, zoals een stichting die speciaal spullen uit Armenië kon leveren. Tot slot is binnen de DT&V intern aan een afdeling die landen van herkomst bezoekt gevraagd om spullen aan te leveren uit de herkomstlanden, zodat de T-rooms aangekleed konden worden. Bovendien is een compilatie gemaakt van een aantal terugkeerfilms van verschillende terugkeerorganisaties, waardoor in de T-room een doorlopende voorstelling afgespeeld kon worden.
Op de drie centra zijn de T-rooms aan het begin van de zomer in 2014 officieel geopend, waarbij gratis koptelefoons werden uitgereikt aan de bewoners die de ruimte bezochten. Dit werd gedaan om de ruimte te promoten, maar ook omdat de betrokkenen van de DT&V dachten dat het misschien kwetsbaar zou zijn om koptelefoons in de ruimte te laten hangen en omdat bewoners het uit hygiënisch oogpunt misschien niet prettig zouden vinden om een koptelefoon te delen. De opkomst op de drie centra was wisselend: in Den Helder was de animo groot, maar vooral in Gilze wat minder. Volgens de coördinatoren van DT&V speelt de aard van de locatie daarbij een rol:

> 'Respondent 1: Gilze is heel verspreid. Den Helder is erg compact.
> [...]Respondent 2. De zichtbaarheid: als er iets georganiseerd wordt op zo'n locatie, ziet iedereen het in Den helder gelijk, terwijl je in Gilze een heel feest kunt bouwen zonder dat de rest van het centrum het meekrijgt (1=coördinator opleidingen DT&V, 2=coördinator pilot DT&V).'

In Gilze en Burgum zijn de bewoners die wel aanwezig waren volgens de regievoerders meteen gaan internetten, skypen, boekjes lezen en alles bekijken. In Den Helder gebeurde dat minder, omdat de ruimte volgens betrokkenen vrij krap was. Na deze opening is de T-room door de DT&V op verschillende manieren onder de aandacht gebracht, zoals tijdens een openingsmarkt en tijdens individuele gesprekken met bewoners. Soms gaan de regievoerders tijdens een gesprek met een bewoner naar de T-room om daar te laten zien welke mogelijkheden er allemaal zijn en om samen met de bewoner achter de computer te kunnen gaan zitten om naar bijvoorbeeld woonruimte of organisaties in het land van herkomst te zoeken. Ook worden er terugkeerbijeenkomsten gehouden in de ruimte, in Den Helder zit een medewerker van IOM wekelijks in de ruimte en in Gilze komt een Arabische medewerkster van de DT&V (niet werkzaam op de locatie) wekelijks naar de ruimte om daar leuke dingen te doen met de vrouwen van de locatie en worden er kinderfilms uit de herkomstlanden aan de kinderen getoond. Ondanks de pogingen van DT&V-medewerkers om de ruimte onder de aandacht te brengen, trekt de T-room volgens alle geïnterviewden in geen van de locaties veel bezoekers.
De reden hiervoor is volgens verschillende geïnterviewden dat bewoners de faciliteiten uit de T-room niet nodig hebben, omdat er WiFi is op de centra en ze dus zelf kunnen internetten en omdat er ook binnen de open leercentra geskyped kan worden. Daarnaast geeft een aantal regievoerders aan dat bewoners het idee hebben dat in de gaten gehouden wordt wat zij doen in de T-room:

> ‘Respondent: En de bewoners hebben heel erg het idee dat het gecontroleerd wordt, wat ook feitelijk wel gedeeltelijk zo is, natuurlijk.
> Interviewer: Maar niet op persoon, toch?
> Respondent: Nee, maar het voelt toch als big brother is watching you. En daar zit ook een drempel, en die is heel lastig weg te halen (medewerker DT&V).’

Ook wordt als reden genoemd dat de T-room een link heeft met terugkeer: de meeste bewoners zouden niet terug willen keren en maken daarom geen gebruik van de ruimte. Verder wordt de T-room volgens een regievoerder van de pilotlocaties niet als een soort woonkamer gebruikt, wat wel was gehoopt, omdat vlakbij op het centrum een andere ruimte is die al op die manier gebruikt wordt. Volgens nagenoeg alle betrokkenen is het zonde dat de T-room niet veel bewoners lijkt te bereiken, aangezien er veel is geïnvesteerd in de faciliteiten.
Op de drie locaties is verschillend omgegaan met het beheer van de T-rooms. In Burgum zijn na de opening twee bewoners aangesteld om de ruimte te beheren en deze dagelijks een aantal uren te openen en aanwezig te zijn. In het begin was het daar volgens een regievoerder druk, maar in de loop van de pilot werd het minder druk, wellicht ook omdat een van de beheerders van de locatie vertrok. In Gilze is geprobeerd een vrijwilliger te werven voor het openen en het draaiende houden van de T-room, maar dat is niet gelukt. In Den Helder was het COA erop tegen om het beheer door bewoners te laten plaatsvinden, omdat zij slechte ervaringen hadden met het beheer van het open leercentrum. Daarom heeft de DT&V het beheer op zich genomen, wat volgens de opleidingscoördinator van de DT&V niet drempelverlagend is om bewoners binnen te halen.

4.3 Pilot-onderdelen COA

In deze paragraaf worden de totstandkoming, implementatie en uitvoering van het COA-deel van de pilot beschreven. Deze beschrijving is gebaseerd op interviews met

verschillende medewerkers van het COA: de locatiemanagers, programmabegeleiders, woonbegeleiders, een huismeester en een casemanager. Deze medewerkers waren allen in meer of mindere mate betrokken bij de uitvoering van de pilot. Omdat het COA een groot aantal uiteenlopende activiteiten heeft georganiseerd wordt in deze paragraaf geen onderverdeling in typen activiteiten gemaakt.

Totstandkoming
Toen bekend werd dat de pilot zou gaan plaatsvinden, heeft het COA op de drie locaties geïnventariseerd waar de wensen en behoeften van de bewoners lagen met betrekking tot activiteiten. In Den Helder zijn de gekozen activiteiten gebaseerd op de meest voorkomende voorkeuren die zijn aangegeven binnen een enquête onder alle volwassen bewoners van de gezinslocatie. In Burgum is tijdens gesprekken met alle volwassen bewoners door woonbegeleiders en programmabegeleiders geïnventariseerd wat de bewoners zouden willen en wat ze zouden kunnen op het gebied van activering, en op basis daarvan is bekeken waar de meeste behoefte aan was. In Gilze zijn niet alle volwassen bewoners geraadpleegd, maar een kleinere groep. Alle geïnterviewden geven de voorkeur aan het achterhalen van de behoefde van de bewoners boven het door COA-medewerkers laten bedenken welke activiteiten zouden moeten plaatsvinden op de locaties.

> ‘Het is nu meer inzichtelijk wat mensen willen en kunnen, en dat wordt goed bijgehouden, en daarom kan er meer mee gedaan worden. Het kost eerst meer tijd, maar het levert meer tijd en meer voldoening op (medewerker COA).’

Volgens de geïnterviewden is er door deze methode meer zicht op wat voor bewoners zou kunnen werken op het gebied van activering en waar belangstelling voor zal zijn. Een aantal geïnterviewden gaf aan verrast te zijn door de wensen en behoeften van bewoners. Deze zouden verschillen van de behoeften van Nederlanders op het gebied van activering. Zo was van tevoren verwacht dat veel bewoners zich aan zouden willen sluiten bij verenigingen, bijvoorbeeld sportverenigingen, maar er werd juist gekozen voor dingen die individueel kunnen plaatsvinden.
Een onderwerp dat volgens een aantal geïnterviewden lastig is in het kader van de pilot, is dat bewoners van in ieder geval twee locaties hebben aangegeven de behoefte te hebben aan (basaal) Nederlandse les. In Burgum wordt dan ook sinds de start van de pilot basaal Nederlands aangeboden. Dit werd door medewerkers tot het pilotaanbod gerekend, al lijkt dit niet uit pilotbudget te zijn betaald.
Het bevragen van bewoners riep ook bij bewoners enthousiasme op en het zorgde voor nieuwe initiatieven onder hen. COA-medewerkers vertelden bijvoorbeeld dat bewoners zich als vrijwilliger aanmeldden om een aantal activiteiten te organiseren, zoals aerobics, zang en dansles. Tijdens de pilotperiode is nog verder geïnventariseerd waar de behoeften van bewoners liggen en het aanbod aan activiteiten is zich blijven ontwikkelen. Een aantal pilotactiviteiten is op andere manieren tot stand gekomen: ze vonden bijvoorbeeld al plaats (zoals weerbaarheid, wat al in het COA-pakket zat) of ze bleken succesvol op andere locaties (zoals het naaiatelier in Gilze). Er ontstonden ook ideeën door tips en ervaringen uit te wisselen.
De drie locaties lijken verschillend te werk te zijn gegaan. In Den Helder is men aan de slag gegaan met de activiteiten waarvoor in de enquêtes de meeste belangstelling bestond. Dit deed men ook in Gilze, maar daar zijn gaandeweg door de medewerkers nog wat nieuwe plannen geïmplementeerd. In Burgum zijn op basis van de gesprekken met bewoners een aantal zaken van start gegaan waar veel bewoners behoefte aan hadden en werd veel geïnvesteerd in een netwerk in de omgeving, in samenwerking met de gemeente. Het voordeel van deze benadering was volgens een woonbegeleider daar dat bewoners op individuele basis geplaatst konden

worden bij activiteiten die hun interesse hadden, bijvoorbeeld door hen te plaatsen bij een sportvereniging in de buurt of gericht een plek voor vrijwilligerswerk te zoeken.
Niet alle plannen die bestonden aan het begin van de pilot zijn gerealiseerd. Zo is in Den Helder een project 'open source', waarbij educatie gecombineerd zou worden met bewegen, niet doorgegaan vanwege ICT-problemen bij de leverancier van het project. In Burgum zou men na het behalen van het zwemdiploma bij een zwemfit-groep terecht kunnen, maar omdat de bewoners daar geen interesse in hadden kwam dat niet van de grond.

Organisatie
De activiteiten zijn op verschillende manieren onder de aandacht gebracht van de bewoners. Zo is er geflyerd bij de meldplicht/infobalie, medegedeeld in informele gesprekken en in Gilze is een groot activiteitenbord gekomen waarop iedere week een overzicht te vinden was van wat er die week voor kinderen en volwassenen te doen is. Daarnaast is in Gilze aan alle nieuwe bewoners een informatieboekje uitgereikt over alle activiteiten. In Burgum heeft de coördinator van de activiteiten elke week een spreekuur gehouden waar bewoners terecht konden met vragen over sport en andere activiteiten, en dat werd volgens een van de medewerkers in Burgum goed bezocht. Hoewel het voor grootschalige activiteiten, zoals uitjes buiten het centrum, niet nodig is gebleken om bewoners actief te benaderen, was het volgens meerdere COA-medewerkers een hele klus om bewoners uit te nodigen voor de overige activiteiten:

> 'Maar voor kleinschalige activiteiten geldt dat mensen actief benaderd moeten worden. Het vergt tijd, terwijl die er soms niet is. Er is niet genoeg personeel om alle bewoners actief te benaderen (medewerker COA).'

Deze woonbegeleider opperde dat het om deze reden beter zou zijn om bewoners elkaar te laten activeren: dat wil zeggen, proberen om de actieve bewoners de overige bewoners uit te laten nodigen voor activiteiten.
Bij de start van de pilot zijn op twee van de drie locaties medewerkers aangesteld om de pilotactiviteiten te coördineren. In Burgum en Gilze werden hiervoor woon-begeleiders vrijgesteld van andere taken. In Burgum betekende dat dat deze woonbegeleider alle COA-activiteiten die georganiseerd worden coördineerde en alle contacten met externe partijen onderhield. Daarnaast waren alle woonbegeleiders en programmabegeleiders betrokken bij een activiteit. In Gilze is een medewerker vrijgesteld van andere taken om activering te realiseren. Zij heeft tijdens het interview aangegeven dat de hulp van collega's essentieel is en dat een medewerker activering alleen niet voldoende is:

> 'Wat ik ervaren heb: in je eentje red je het niet. Betrek elkaar, wijs elkaar erop. Collega's zijn vaak met hun eigen taken bezig, activering komt op de tweede plek. Het moet meer onder de aandacht blijven van teams (activiteitenbegeleider COA Gilze).'

In Den Helder was een groepje bestaand uit twee programmabegeleiders en twee woonbegeleiders verantwoordelijk voor de pilot. Zij zijn elk verantwoordelijk voor een aantal activiteiten.
Er zijn door de geïnterviewde COA-medewerkers een aantal belemmeringen en moeilijkheden genoemd die zich tijdens de organisatie van pilotactiviteiten hebben voorgedaan. Zo heeft het fitnessen in Den Helder veel vertraging opgelopen door moeizaam contact met een externe partij. Het is de ervaring van de locatiemanager

in Den Helder dat onderhandelingen met externe partijen op een gegeven moment verstoord werden omdat toen men doorkreeg dat er geld was vrijgemaakt voor de pilot, de prijzen opeens omhoog gingen. Over het algemeen is het de locatiemanager in Den Helder niet goed bevallen om met externen te werken: de verwachting was dat het goed zou werken om iemand in te huren die verstand heeft van de activiteit (bijvoorbeeld een bepaalde sport), maar het is gaandeweg duidelijk geworden dat het noodzakelijk is om iemand te werven die verstand heeft van de gang van zaken op de gezinslocatie:

> ‘Maar het is bijzonder mee te maken dat je van te voren denkt: we besteden het uit want die mensen hebben er verstand van, en dat blijkt dan niet te werken; je kunt het beter laten doen door iemand die er geen verstand van heeft, maar wel verstand heeft van asielopvang (locatiemanager COA Den Helder).’

Een andere, praktische belemmering op een van de locaties was dat de via een gift verkregen naaimachines die gebruikt zouden worden voor naailessen, werden afgekeurd door de Arbodienst. Er was niet voldoende budget om naaimachines te kopen. Ook gaven enkele geïnterviewden aan dat het vervelend is dat vrijwilligerswerk buiten het centrum, waaraan veel behoefte is onder bewoners, vaak niet te realiseren is, vanwege het ontbreken van de juiste documenten. Bovendien is door een van de medewerkers genoemd dat de periode van een jaar te kort was en dat het tempo van implementeren een probleem is gebleken: volgens deze respondent kostte het veel tijd om de activiteiten op te starten. Tot slot gaf een medewerker aan dat de timing van de pilot in maart slecht was, aangezien het niet mogelijk was om de sportactiviteiten, waarop bij het COA de nadruk lag, te realiseren voor het einde van het sportseizoen in de zomer. Het werd daarom pas augustus of september voordat de bewoners konden beginnen.
Een belangrijke belemmering die in veel interviews naar voren is gekomen, is dat de activiteiten voor medewerkers vaak niet passen in hun reguliere planning. COA-medewerkers hebben hun eigen taken en activering is ‘extra’. Zelfs als een medewerker wordt vrijgesteld om activiteiten te organiseren en coördineren, zijn er andere medewerkers nodig om de uitvoering te realiseren. Dit is lastig, omdat deze overige medewerkers wel altijd te maken hebben met hun eigen takenpakket.

> ‘Het is een intensieve job, dat valt niet te onderschatten. Dat probeer ik bij andere locaties ook duidelijk te maken, als ze wat willen; ik word regelmatig gebeld ‘je hebt sport, dat staat allemaal goed, je hebt een netwerk dat functioneert, hoe heb je dat gedaan?’. Onderschat het niet, het is een pak werk. En niet alleen het opstarten, want dat is intensief, maar daarna wordt dat niet minder; ik heb maandelijks ook contact met de verenigingen, zeker de grote verenigingen, altijd even een kop koffie drinken, dat zijn noodzakelijke momenten om dat wat je hebt opgebouwd levend te houden (voor pilot vrijgestelde medewerker COA Burgum).’

Eén van de locatiemanagers gaf aan dat activering door de hectiek op het centrum snel een ondergeschoven kindje wordt. Zo werd in Den Helder, tijdens de pilotperiode, een nieuwe locatie geopend. Hier ging voor de medewerkers veel tijd en energie in zitten, waardoor de aandacht voor activering naar de achtergrond verdween.
De meningen verschillen over het betrekken van bewoners bij de organisatie van activiteiten. Volgens sommige COA-medewerkers zou het goed zijn om bewoners te betrekken in het organiseren van activiteiten en hen verantwoordelijkheid te geven voor sommige onderdelen. Dat zou niet alleen op de korte termijn tijd opleveren

voor COA-medewerkers, ook verwacht een deel van de geïnterviewden dat bewoners op den duur hun eigen activiteiten zullen organiseren. Een andere medewerker geeft echter aan dat er niet teveel belegd zou moeten worden bij bewoners of vrijwilligers, omdat je op de verantwoordelijken moet kunnen bouwen en omdat activiteiten en taken op een goede manier geborgd zouden moeten worden. Daarom vindt deze medewerker dat activiteiten professioneel belegd moeten worden.

Uitvoering
Op de pilotlocaties vinden veel verschillende soorten activiteiten plaats, waarvan sommige veel bewoners trekken en andere minder. Een COA-medewerker van een van de locaties vertelde dat alle COA-activiteiten in het Nederlands worden georganiseerd, en dat daarbij soms gebruik wordt gemaakt van een tolk. In Burgum en Gilze geven enkele geïnterviewden aan dat activiteiten na de start vaak veel deelnemers trekken, maar dat de belangstelling na verloop van tijd afzwakt:

> 'Mensen lopen er eerst warm voor, maar het kakt in (medewerker COA).
> Bij alle activiteiten is te zien dat er aan het begin enthousiasme is, maar dat dat afzwakt na verloop van tijd (medewerker COA).'

Ook zijn er volgens de geïnterviewden activiteiten waarbij na een verandering (zoals tijd, locatie) deelnemersaantallen teruglopen. Zo was in Gilze het naaiatelier eerst een groot succes, maar het aantal deelnemers nam af nadat de activiteit naar een ander gebouw verplaatst werd.
Er zijn redenen genoemd die als voorwaarde lijken te gelden voor veel belangstelling en een succesvol verloop van activiteiten. Ten eerste is door een medewerker gesignaleerd dat er altijd een COA-medewerker of een trekker van buitenaf benodigd is om een activiteit tot een succes te maken; het kan niet alleen vanuit de bewoners zelf komen. Ten tweede vertelden verschillende geïnterviewden dat activiteiten voor vrouwen zich in een afgesloten ruimte moeten afspelen, om zo de privacy te garanderen. Volgens een medewerker in Den Helder is het belangrijk om structuur aan te brengen in de activiteiten die worden aangeboden (vaste dagen, tijden en personen), terwijl een medewerker in Gilze aangeeft dat het juist goed is voor de opkomst om de structuur er zoveel mogelijk uit te halen:

> '[..] wat ook belangrijk is, is dat er structuur in zit: vaste tijden, vaste dagen vaste personen, dat ze je vertrouwen, continuïteit, regelmaat; en evalueren, iedere keer weer (medewerker COA Den Helder).'

> 'Maar als het structureel is, is er geen opkomst (medewerker COA Gilze).'

Tijdens de interviews zijn verder veel verschillende redenen genoemd waarom activiteiten soms minder belangstellenden trekken. Volgens veel geïnterviewden is kinderopvang een probleem: wanneer er sprake is van jonge kinderen of van activiteiten buiten schooltijd voelen bewoners zich belemmerd om mee te doen. Dit leidt ertoe dat het plannen van de activiteiten moeilijk is. Wanneer de opvang van een kind toch een belemmering vormt bij deelname aan activiteiten, worden er verschillende oplossingen gerealiseerd. Zo werd door geïnterviewden verteld dat in Den Helder bewoners onderling soms opvang proberen te regelen en in Gilze de crèche soms een extra middag open gaat wanneer er een populaire activiteit plaatsvindt.
Sommige activiteiten zijn gestopt of in populariteit gedaald door het vertrek van de medewerker of bewoner die de cursus verzorgde. Een van de geïnterviewden was van mening dat er soms sprake is van koudwatervrees: bewoners wachten met het gebruiken van faciliteiten of meedoen aan activiteiten totdat ze er andere bewoners

actief zien. Tot slot is genoemd dat bewoners te veel aan hun hoofd kunnen hebben om aan een activiteit mee te doen.

4.4 Deelname aan de activiteiten

In deze paragraaf wordt een beeld gegeven van de deelname aan de verschillende activiteiten van maart 2014 tot maart 2015, zowel qua aantallen als qua kenmerken van de deelnemers. Ten eerste worden de aantallen deelnemers aan de opleidingen en cursussen van de DT&V en aan de activiteiten die door het COA georganiseerd zijn getoond. Daarna worden kenmerken gegeven van de bewoners die aan ten minste één van de pilotactiviteiten hebben deelgenomen.

4.4.1 Aantallen deelnemers per activiteit

Tabel 4.3 biedt een overzicht van het aantal deelnemers aan DT&V-opleidingen en cursussen.

Tabel 4.3 Deelname aan DT&V-opleidingen/cursussen

	Burgum	Den Helder	Gilze
Solid Road - Webdesign	1	3	2
Solid Road - Grafisch ontwerpen	1	3	2
Solid Road - Businesstraining	0	3	2
Solid Road - Job training	1	0	0
Solid Road - PC skills	6	6	13
Solid Road - PC skills (niet afgerond)	9	0	0
New Dutch Connections - empowerment	17	0	0
Beyond Borders- empowerment	0	8	11
ROC Tilburg - autotechniek			5
ROC Tilburg - mode & kleding			7
ROC Tilburg - kapper			9
ROC Tilburg - business training (meer dan 3 van de 6 delen gevolgd)			11
ROC Tilburg - business training (3 of minder delen gevolgd)			9
ROC Friese Poort - Klusjesman	7 (3 gestopt)		
ROC Friese Poort - Zorgassistent	17 (2 gestopt)		
ROC Friese Poort - Werknemerschap	17		
ROC Friese Poort - Ondernemerschap	0		
ROC NwH - Medisch/zorg		18	
ROC NwH - Kapper		8	
ROC NwH - Businesstraining		11	
ROC NwH - Jobtraining		8	

Op basis van de deelnameregistraties die zijn verkregen van het COA is een totaaloverzicht samengesteld van de aantallen deelnemers per activiteit. Dit overzicht is te vinden in tabel 4.4. Het gaat om het totale aantal *verschillende* deelnemers per activiteit, dus personen die vaker deelnamen zijn maar een keer meegeteld. Sommige activiteiten werden op alle locaties aangeboden (bijvoorbeeld fitness) en andere alleen op één van de locaties (zoals zangles in Gilze). Verder hebben sommige activiteiten de gehele pilot gelopen (zoals vrouwensport in Gilze of zelfwerkzaamheid in Burgum), terwijl andere activiteiten eenmalig waren (zoals bingo in Burgum) of een korte periode liepen. Het feit dat sommige activiteiten kort hebben gelopen

kan verschillende oorzaken hebben. In sommige gevallen was deze duur/frequentie gepland, in enkele andere gevallen werden activiteiten vroegtijdig beëindigd.

Tabel 4.4 Totale aantal deelnemers per COA-activiteit [73]

Gezinslocatie	Activiteit	Periode/duur (wanneer bekend)	Totale aantal deelnemers
Den Helder	Aerobics vrouwen	April 2014 tot januari 2015	24
Den Helder	S'habam vrouwen	Juli tot oktober 2014	15
Den Helder	Moestuin mannen	Maart tot oktober 2014	12
Den Helder	Vrijwilligerswerk buiten AZC	Doorlopend	18
Den Helder	Zelfwerkzaamheid	Doorlopend	164
Den Helder	Naailes vrouwen	April 2014 april 2015	15
Den Helder	Weerbaarheid vrouwen	April 2014 april 2015	38
Den Helder	Zwemmen vrouwen	Oktober 2014 tot maart 20015	58
Den Helder	Zwemmen mannen	Oktober 2014 tot maart 20015	30
Den Helder	Fietsen vrouwen	April tot juni (2015)	12
Den Helder	Fitness	Januari 2015 tot heden	onbekend
Burgum	Basaal Nederlands	maart tot september 2014	94
Burgum	Weerbaarheid vrouwen Armenië	5 lessen	18
Burgum	Zwemmen vrouwen		11
Burgum	Zwemmen mannen		12
Burgum	Koken restaurant		14
Burgum	Muziek		10
Burgum	Aerobics		13
Burgum	Naaien		11
Burgum	Tennis vrouwen		10
Burgum	Volleybaltoernooi 30-06-2014	eenmalig	28
Burgum	Voetbaltoernooi 01-07-2014	eenmalig	24
Burgum	Tafeltennistoernooi 01-07-2014	eenmalig	16
Burgum	Workshop porselein	3 lessen	10
Burgum	Bingo 26-08-2014	eenmalig	41
Burgum	Bingo 30-09 -2014	eenmalig	42
Burgum	Fitness		7
Burgum	Voetbal		4
Burgum	Workshop mixed media	2 lessen	10
Burgum	Tennis mannen	10 lessen	7
Burgum	Zwemfit		6
Gilze	Dance 4 joy	Januari 2015 tot heden	46
Gilze	Vrouwensport vrijdag	April 2014 tot heden	71
Gilze	Vrouwensport zaterdag	April 2014 tot heden	65
Gilze	Vrouwensport dagelijks	Mei 2014 tot heden	55
Gilze	Weerbaarheid	Januari – februari 2015	34
Gilze	Keramiek	Mei-juni 2014	4
Gilze	Naai-atelier	Juli 2014 tot heden	50
Gilze	Handwerk	Februari - maart 2015	6
Gilze	Fitness	Juni 2014 tot heden	30

[73] In dit overzicht is de cursus weerbaarheid voor vrouwen uit Eritrea (in Burgum) weggelaten, omdat het hierbij uitsluitend ging om deelnemers die formeel gezien niet op de gezinslocatie woonden (zogenoemde 'polbewoners').

Gezinslocatie	Activiteit	Periode/duur (wanneer bekend)	Totale aantal deelnemers
Gilze	Boksles	Augustus 2014 tot heden	9
Gilze	Aerobics	September 2014 tot heden	12
Gilze	Picknicktafels maken	Juni-juli 2014	7
Gilze	Zangles	Oktober - december 2014	31

Omdat de activiteiten verschillen qua frequentie en limiet aan het aantal deelnemers kan op basis van deelnamecijfers niets gezegd worden over de populariteit van activiteiten. Wel is duidelijk dat zelfwerkzaamheid, basaal Nederlands en vrouwensport de hoogste deelnemersaantallen kennen. Ook aan eenmalige, incidentele activiteiten, zoals bingo en sporttoernooien, doen relatief veel deelnemers mee. Dat geldt ook voor zwemmen en weerbaarheid.
In tabel 4.5 zijn de aantallen bezoeken vanaf de pilotlocaties aan de website infoterugkeer.nl weergegeven, in de periode 1 januari 2014 tot 1 maart 2015. De website infoterugkeer.nl was als startpagina ingesteld op de computers die in de T-rooms zijn geïnstalleerd. Vanaf de startpagina konden bezoekers doorklikken naar een pagina met informatie over hun eigen land van herkomst. Het is duidelijk dat hier maar zeer beperkt gebruik van is gemaakt.

Tabel 4.5 Aantal bezoeken aan startpagina op computers in T-rooms

Gezinslocatie	Aantal bezoeken aan infoterugkeer.nl
Burgum	75
Den Helder	12
Gilze	26

4.4.2 Kenmerken deelnemers en niet-deelnemers

In deze paragraaf worden enkele kenmerken van deelnemende en niet-deelnemende bewoners weergegeven. De resultaten zijn gebaseerd op een koppeling tussen de bestanden van in- en uitstroom van alle bewoners in de periode 2011 t/m 2015 en de deelnemerregistraties door de pilotlocaties. Beide bestanden bevatten Vreemdelingennummers en op basis van dit persoonsunieke nummer konden de bestanden aan elkaar gekoppeld worden. In de deelnemerregistraties waren 391 verschillende personen als deelnemer geregistreerd, van wie er 57 niet terug te vinden waren in de gegevens van in- en uitstroom van bewoners. Dit betekent dat deze deelnemers waarschijnlijk formeel geen bewoner van de gezinslocatie waren. Deze 57 personen zijn daarom buiten de resultaten gehouden. Ook bleek na koppeling dat 25 minderjarigen[74] aan de activiteiten hebben deelgenomen. Omdat minderjarigen formeel niet onder de beoogde doelgroep vallen, zijn ook deze personen uit de resultaten weggelaten. De niet-deelnemers zijn de overige volwassen bewoners van de pilotlocaties, die ten minste tot en met 31 augustus 2014 op een van de pilotlocaties hebben verbleven.[75] Dit resulteerde in 309 (verschillende) deelnemende en 283 niet-deelnemende bewoners. In tabel 4.6 is te zien dat er iets meer bewoners zijn die wel hebben deelgenomen aan activiteiten dan bewoners die nergens aan mee hebben gedaan. In tabel 4.7 zijn de aantallen uitgesplitst voor de drie pilotlocaties.

---

[74] Hierbij is de grens gelegd bij minderjarigen die op de eerste pilotdag nog geen 17 jaar of ouder waren. Wanneer zij wel al 17 waren zouden zij waarschijnlijk tijdens het pilotjaar 18 jaar worden.

[75] Deze selectie is gemaakt zodat alleen bewoners zijn meegenomen die daadwerkelijk de kans hebben gehad om aan een van de activiteiten deel te nemen.

Tabel 4.6 Totale aantal deelnemers en niet-deelnemers

	N	%
Deelnemers, waarvan	309	52
deelname aan COA activiteit(en)	200	34
deelname aan DT&V activiteit(en)	24	4
deelname aan COA en DT&V activiteit(en)	85	14
Niet-deelnemers	283	48
Totaal	**592**	**100**

Tabel 4.7 Totale aantal deelnemers en niet-deelnemers per pilotlocatie

		N	%
Burgum	Deelnemers, waarvan:	123	55
	deelname aan COA activiteit(en)	86	39
	deelname aan DT&V activiteit(en)	7	3
	deelname aan COA en DT&V activiteit(en)	30	13
	Niet deelnemers	100	45
	Totaal	**223**	**100**
Den Helder	Deelnemers, waarvan:	118	69
	deelname aan COA activiteit(en)	84	49
	deelname aan DT&V activiteit(en)	2	1
	deelname aan COA en DT&V activiteit(en)	32	19
	Niet deelnemers	54	31
	Totaal	**172**	**100**
Gilze	Deelnemers, waarvan:	68	35
	deelname aan COA activiteit(en)	30	15
	deelname aan DT&V activiteit(en)	15	8
	deelname aan COA en DT&V activiteit(en)	23	12
	Niet deelnemers	129	65
	Totaal	**197**	**100**

Er blijken grote verschillen te bestaan in de percentages deelnemende bewoners per pilotlocatie. Dit percentage ligt in Gilze op 34, en in Den Helder twee maal zo hoog, namelijk op 69%. Voor alle locaties geldt dat deelname aan DT&V-cursussen lager is dan aan COA-activiteiten. Dit heeft te maken met de deelnemerslimiet die gold bij de DT&V cursussen.

Tabel 4.8 Beschrijvende kenmerken deelnemers en niet-deelnemers

	deelnemer (N=309)		niet-deelnemer (N=283)	
	N	%	N	%
Sekse				
Man	108	35	120	42
Vrouw	201	65	163	58
Leeftijd (op 1-3-2014)				
17-18 jaar	17	6	18	6
19-25 jaar	43	14	52	18
26-40 jaar	189	61	152	54
41-60 jaar	58	19	57	20

	deelnemer (N=309)		niet-deelnemer (N=283)	
	N	%	N	%
61 jaar of ouder	2	1	4	1
Nationaliteit				
Afghaanse	54	19	54	19
Armeense	52	18	52	18
Iraakse	13	5	13	5
Somalische	10	4	10	4
Overig	116	42	85	27
Gezin met twee ouders				
niet	112	36	95	34
wel	197	64	188	66
Alleenstaande ouder				
niet	226	73	209	74
wel	83	27	74	26
Aantal kinderen				
0	4	1	15	5
1	100	32	117	41
2	111	36	94	33
3	52	17	43	15
4	22	7	4	1
5	19	6	9	3
6	1	0	1	0
Leeftijd jongste kind (op 1-3-2014)				
0-4 jaar	178	58	145	51
5-9 jaar	71	23	58	21
9-12 jaar	17	6	20	7
13-17 jaar	25	8	34	12
18 jaar of ouder	18	6	26	9

Uit de cijfers in tabel 4.8 blijkt dat er bijna twee keer zoveel vrouwen als mannen mee hebben gedaan aan de activiteiten; er wonen ook meer vrouwen dan mannen op de pilotlocaties (ook onder de niet-deelnemers zijn meer vrouwen dan mannen). Bewoners in de leeftijd van 26 tot 40 jaar hebben het meest meegedaan aan de activiteiten.

Bovenstaande cijfers geven een beschrijving van de bewonersgroep die heeft meegedaan met de activiteiten, maar geven geen inzicht in de mate waarin bewoners met bepaalde kenmerken meer of minder met de activiteiten mee deden. Daarom worden in onderstaande tabel 4.9 nog enkele kenmerken uitgesplitst naar deelnemer en niet-deelnemer.

Tabel 4.9 Persoonskenmerken uitgesplitst naar wel of geen deelname

	Deelnemer		Niet-deelnemer		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Sekse						
Man	108	47	120	53	228	100
Vrouw	201	55	163	45	364	100
Met partner	197	51	188	49	385	100
Alleenstaande ouder	83	53	74	47	157	100
Leeftijd jongste kind						
0-4 jaar	178	55	145	45	323	100
5-9 jaar	71	55	58	45	129	100
9-12 jaar	17	46	20	54	37	100
13-17 jaar	25	42	34	58	59	100
18 jaar of ouder	18	41	26	59	44	100
Nationaliteit						
Afghaanse	63	53,8	54	46,2	117	100
Armeense	55	51,4	52	48,6	107	100
Iraakse	30	69,8	13	30,2	43	100
Somalische	22	68,8	10	31,3	32	100

Uit de tabel is af te lezen dat iets meer vrouwen wel dan niet mee hebben gedaan aan de activiteiten, terwijl dat voor mannen andersom is. Ouders die alleenstaand zijn hebben iets vaker wel dan niet meegedaan aan activiteiten. Verder blijkt dat hoe ouder het jongste kind, hoe minder bewoners hebben deelgenomen aan activiteiten.

4.5 Conclusie

Het COA- en het DT&V-deel van de pilot zijn los van elkaar uitgevoerd, hoewel voor sommige onderdelen wel enige samenwerking nodig was. De DT&V en het COA zijn verschillend te werk gegaan bij het ontwikkelen van de plannen voor en bij de uitvoering van pilotactiviteiten. Zo heeft het COA bewoners geraadpleegd over hun wensen en behoefte op het gebied van activiteiten en sportfaciliteiten en is het aanbod dat is ontstaan gebaseerd op deze wensen en behoeften. De DT&V heeft grotendeels zelfstandig (zonder het raadplegen van bewoners) bepaald welke cursussen georganiseerd konden worden in het kader van de pilot, daarbij geleid door de voorwaarden die in de pilotbrief werden omschreven. Hierin stond dat het kortlopende cursussen moesten zijn die gericht waren op activiteiten die de vreemdeling zouden kunnen helpen bij terugkeer en herintegratie in het herkomstland. De indruk bestaat dat er voor DT&V-cursussen veel belangstelling bestond, terwijl dat voor COA-activiteiten wisselend was. Wat de T-room betreft is door DT&V-medewerkers op de locaties veel geprobeerd om de ruimte onder de aandacht te brengen van bewoners, maar dit heeft niet geleid tot de aantallen bezoekers waarop werd gehoopt. De organisatie van cursussen en activiteiten is voor de DT&V- en COA-medewerkers op de locaties intensief geweest. Zo moest veel geregeld worden om de cursussen mogelijk te maken, om de activiteiten op te starten, om bewoners enthousiast te maken voor de mogelijkheden en om contacten met externe partijen te onderhouden. Deze taken kwamen bovenop het reguliere takenpakket van de medewerkers; dit leverde vaak een hoge werkdruk op en in sommige gevallen verdween activering naar de achtergrond. Ook waren er op een gegeven

moment zo veel activiteiten op de locaties, dat het moeilijk was om alles op een handige manier te plannen en om deelnemers te werven voor de activiteiten. Bij zowel de COA- als de DT&V-activiteiten is de opvang van kinderen tijdens de cursusbijeenkomsten en de activiteiten een moeilijkheid gebleken. Dit heeft er toe geleid dat er oplossingen moesten worden bedacht om het voor de bewoners toch mogelijk te maken om de activiteiten en bijeenkomsten bij te wonen.
Aan de bewoners van de pilotlocaties is een zeer wisselend aanbod van activiteiten gedaan. Terwijl het voor het DT&V-deel van de pilot duidelijk was dat het om pilotactiviteiten ging, was dat niet het geval bij alle COA-onderdelen van de pilot. Voor medewerkers en bewoners was niet altijd duidelijk wanneer iets als pilotactiviteit of -faciliteit aangemerkt werd, en daarom is bij het bestuderen van registraties van deelname geen onderscheid gemaakt in activiteiten en faciliteiten in het kader van de pilot en overige activiteiten op de locaties gedurende de pilot. De verschillende activiteiten verschilden in frequentie en duur van de periode waarin ze werden aangeboden. Mede daarom en vanwege het feit dat sommige activiteiten een maximum aantal deelnemers kenden, kunnen aan de deelnemersaantallen per activiteit geen conclusies verbonden worden over de populariteit van activiteiten. In totaal hebben 309 volwassen bewoners deelgenomen aan pilotactiviteiten; dit is iets meer dan de helft van het totale aantal bewoners dat tijdens de pilot op een van de pilotlocaties verbleef. Tussen de pilotlocaties bestaan wel grote verschillen in de percentages deelnemers van de totale populatie volwassenen: van 34% (Gilze) tot 69% (Den Helder). Verder is gebleken dat vrouwen vaker wel dan niet meedoen aan activiteiten; voor mannen geldt het omgekeerde. Tegen de verwachting in doen alleenstaanden en ouders met jonge kinderen vaker mee aan activiteiten.

5 Ervaringen van bewoners

In dit hoofdstuk staan de ervaringen van bewoners van de gezinslocaties met de pilot centraal. Het hoofdstuk is gebaseerd op in totaal 23 interviews met volwassenen die woonachtig zijn op een van de drie pilotlocaties Gilze (7), Burgum (8) en Den Helder (8). Daarnaast komen ook enkele medewerkers van de gezondheidszorg op de gezinslocaties aan het woord. De bewoners zijn geselecteerd en benaderd door het COA, op basis van door de onderzoekers vooraf opgestelde kenmerken zoals de leeftijd van de kinderen of nationaliteit. Hierbij is gestreefd naar zo veel mogelijk representativiteit op de volgende kenmerken: sekse, eenouder/tweeoudergezin en leeftijd kinderen.[76] Voor wat betreft de nationaliteit is gezorgd dat in ieder geval de vier grootste groepen aanwezig op de drie locaties waren vertegenwoordigd: Afghaans, Armeens, Irakees en Somalisch. Bewoners waren afkomstig uit in totaal zeven verschillende herkomstlanden.[77] Tabel 5.1 geeft een overzicht van enkele achtergrondkenmerken van de geinterviewde bewoners en van de totale populatie bewoners.

Tabel 5.1 Achtergrond geinterviewde bewoners in relatie tot totale populatie aan bewoners

	Geïnterviewden	Gezinslocaties totaal
Vrouwen	39%	54%
Eenoudergezinnen[78]	21%	47%
Gemiddeld aantal kinderen[79]	3	2
Verblijf op de gezinslocatie	6 maanden – 4 jaar	minder dan 1 week - 4 jaar

De interviews met bewoners verliepen soms moeizaam. Omdat het COA de respondenten had geworven, hadden de onderzoekers vooraf geen contact gehad met de respondenten en hen niet zelf tevoren de bedoeling van het interview uit kunnen leggen. Sommige bewoners hadden die bedoeling niet goed begrepen, en enkele respondenten waren zichtbaar angstig bij aanvang van het gesprek. De meeste interviews vonden plaats met behulp van de tolkentelefoon. In enkele gevallen waren er desondanks taalproblemen. Dat gold ook voor sommige interviews die in het Nederlands of Engels werden gehouden. Verder riepen bepaalde vragen bij bewoners heftige emoties op, bijvoorbeeld bij een vraag naar het aantal kinderen in het geval dat een kind is overleden of vermist is geraakt. Ook was een deel van de geïnterviewden onder psychiatrische behandeling en tijdens het interview leken sommigen er psychisch niet goed aan toe. Verschillende keren is een gesprek dan ook afgebroken of een onderwerp niet behandeld omdat dit voor de bewoner te zwaar was. De onderzoekers hebben op deze situatie ingespeeld door binnen een topiclijst met verschillende categorieën vragen te werken. De "kernvragen" zijn – voor zover mogelijk – aan alle bewoners gesteld. Daarnaast zijn er per onderwerp

---

76 Ook is geprobeerd de onderzoeksgroep te beperken tot bewoners die vallen onder de doelgroep. De werving (door het COA) leverde echter ook enkele bewoners op die daar niet (meer) toe bleken te behoren.

77 Om herkenbaarheid van bewoners te voorkomen worden in dit hoofdstuk geen nationaliteiten genoemd. Uit een enkel interviewfragment valt de nationaliteit toch af te leiden. In die gevallen wordt de naam van de betreffende gezinslocatie niet vermeld. Daarnaast zijn in enkele fragmenten persoonlijke details weggelaten of gewijzigd.

78 Als tweeoudergezinnen zijn gezinnen geteld waarbij ten minste twee volwassenen aanwezig zijn. Dat kan bijvoorbeeld ook een inwonende grootouder zijn. Een bewoner waarbij de echtgenoot langdurig is opgenomen in een psychiatrische kliniek is als alleenstaande ouder geteld. Jongvolwassen geïnterviewden zijn niet meegeteld.

79 Alleen de kinderen die op de gezinslocatie verbleven zijn meegerekend.

een aantal aanvullende vragen geformuleerd die alleen zijn gesteld wanneer daar in het gesprek ruimte voor was.[80] Bij veel geïnterviewden waren de zorgen over de toekomst echter dermate groot dat het voor de onderzoekers moeilijk was om het gesprek op het onderwerp 'activering' te brengen.
Tijdens de interviews bleek dat 'uitgeprocedeerd' een fluïde begrip is in de context van de gezinslocaties. Een geïnterviewde kreeg bijvoorbeeld in de week na het interview een verblijfsvergunning op grond van het kinderpardon en enkele andere geïnterviewden bleken tijdens het interview in een procedure verwikkeld te zijn waarmee zij formeel tijdelijk weer AZC-opvang kregen. Dit betekende voor de bewoners onder meer dat zij zich minder vaak hoefden te melden en meer leefgeld kregen, ook al woonden zij nog steeds in dezelfde woonruimte. Een bewoonster bleek tijdens het interview zelfs helemaal geen kinderen te hebben en als alleenstaande wegens ruimtegebrek op de gezinslocatie te zijn geplaatst. Omdat deze bewoners op het moment van het interview (nog steeds) op de gezinslocatie verbleven waar zij, afgezien van de opleidingen van de DT&V,[81] toegang hadden tot dezelfde pilotactiviteiten en –voorzieningen, zijn hun ervaringen in het onderzoek meegenomen.
In de interviews is bewoners gevraagd naar verschillende aspecten van hun leven op de gezinslocatie. De resultaten van de bewonersinterviews zullen hieronder worden besproken. Eerst komen het leven op de gezinslocatie, dagbesteding en deelname aan de in het kader van de pilot georganiseerde activiteiten aan de orde. Vervolgens zullen we aandacht besteden aan twee aspecten waarop de pilot activering invloed beoogt te hebben: de gezondheid en de toekomstplannen van bewoners. Tot slot gaan we in op de betekenis van deelname aan activiteiten voor bewoners en in hoeverre bewoners zelf effecten zagen van activering.

5.1 Leven op de gezinslocatie

Veel van de geïnterviewde bewoners spraken met gemengde gevoelens over het verblijf op de gezinslocatie. Aan de ene kant waren veel bewoners blij dat zij een dak boven hun hoofd hadden en dat hun kinderen naar school konden. Over de medewerkers van het COA werd regelmatig lovend gesproken. Aan de andere kant zagen bewoners ook veel negatieve aspecten aan het leven op de gezinslocatie. Vooral de afhankelijkheid en het gebrek aan vrijheid werden vaak genoemd.

> 'Het betekent voor mij, dat ik langdurig verblijf in het AZC, dat eigenlijk het leven moeilijker wordt. Je hebt geen echte vrijheid, geen woning, het leven is niet zoals je het zou willen. Je bent altijd afhankelijk van anderen. Ik vergelijk het, als ik zou moeten kiezen tussen een leven in Nederland in een AZC, en een leven in Somalië, zou ik kiezen voor een leven in Somalië, ondanks dat het daar onveilig is (bewoonster Den Helder).'

Door de meldplicht en het verbod de gemeente te verlaten voelen sommige bewoners zich opgesloten, de term 'gevangenis' wordt verschillende malen gebruikt. Andere bewoners spreken van een 'kamp'. Een jeugdverpleegkundige die zowel op een van de pilotlocaties als op AZC's ouders en kinderen begeleidt vertelt over de negatieve invloed die de levensomstandigheden op de gezinslocatie op de kinderen

[80] Voor de gebruikte topiclijst zie bijlage 2.
[81] Sommigen hebben eerder, gedurende de pilotperiode, tot de doelgroep behoord en ook deelgenomen aan DT&V cursussen.

hebben. Zij zag een duidelijk verschil tussen kinderen op de gezinslocaties en in andere opvangcentra:

> 'Toen de locatie GLO werd en er niets meer mocht werden bewoners daar depressief van, wat z'n weerslag had op de kinderen. Kinderen op een GLO zijn somberder, meer slaapproblemen, bedplassen, depressies. Kinderen krijgen veel mee van ouders die weg moeten (medewerker jeugdgezondheidszorg GGD).'

Ook de woonomstandigheden op de gezinslocatie worden door veel bewoners als moeilijk ervaren. Mensen met verschillende leefgewoonten leven dicht op elkaar, wat soms voor spanningen kan zorgen. Badkamer, toilet en keuken worden gedeeld met anderen. Verschillende bewoners klagen over vieze toiletten die zij met veel, mogelijk zieke, onbekenden moeten delen, of over het feit dat zij steeds moeten wachten om te kunnen douchen of koken. Gezinnen hebben vaak maar een slaapkamer voor alle gezinsleden, wat lastig kan zijn bij bijvoorbeeld huiswerk of slaapproblemen:

> 'Ik word namelijk 's nachts wakker doordat ik nachtmerries heb en soms een astma-aanval. Dan maak ik mijn dochter en kleindochter wakker (bewoonster Den Helder).'

Specifiek voor de gezinslocatie Gilze komt daar nog de afhankelijkheid van de centrale keuken bij. Bewoners hebben niet de mogelijkheid om zelf te koken en eten naar hun eigen smaak klaar te maken. Door vrijwel alle in Gilze geïnterviewde bewoners werd dit als een groot nadeel benoemd. Een bewoonster vertelt over een incident bij de centrale keuken:

> 'Het is een grote afstand, 10-20 minuten lopen. Op een dag moest ik 40 minuten in de rij. Er was die dag friet, de kinderen vinden dat lekker. Eerst werd het eten geserveerd. Toen moest ik mijn pasje laten zien. Dat was ik vergeten. Ik heb gesmeekt, ik kom daar al drie jaar elke dag, ze kennen mijn gezicht. Maar het eten werd voor mijn ogen in de prullenbak gegooid. [huilt] Mijn emoties, er zijn veel problemen hier. Ik beleef het opnieuw nu ik erover vertel. De mensen die het eten koken behandelen ons heel slecht. Als je je pasje niet hebt word je fysiek eruit gegooid. Ik kijk nu de hele tijd in de rij of ik mijn pasje wel heb, iedere paar minuten weer, ik blijf controleren. Zo leeft men hier (bewoonster Gilze).'

Hoe de leefomstandigheden op de locaties door bewoners worden ervaren is ook afhankelijk van hun achtergrond, zoals de leefomstandigheden in het land van herkomst. Sommige bewoners hadden op de gezinslocatie bijvoorbeeld meer toegang tot onderwijs voor de kinderen of gezondheidszorg dan in hun land van herkomst, terwijl andere bewoners op deze punten juist een achteruitgang constateerden. Dit is goed te zien in de tegenstellingen tussen de verhalen van twee bewoners afkomstig uit hetzelfde herkomstland, waarbij een uit de gegoede middenklasse kwam terwijl de ander tot een minderheidsgroep behoorde en illegaal in dat land verbleef:

> 'We hebben hier eten, een dak boven ons hoofd. Maar wij zijn nooit hongerig geweest, dat is niet waarom we hier zijn (bewoner Den Helder).'

> 'De situatie is hier zeker beter dan in [land van herkomst]. Ik ben ziek, ik moet [medicatie] gebruiken. Dat wordt hier altijd voor mij geregeld. De zorg is hier heel goed geregeld. Er is ook zwemles hier, ook voor mijn vrouw. Mijn dochter

gaat naar school. In [land van herkomst] had dat niet gekund, zonder papieren heb je daar geen recht op school. Mensen zijn fijn en respectvol tegen ons, ook van het COA. In [land van herkomst] was dit slecht omdat wij [minderheidsgroep] zijn (bewoner Den Helder).'

Specifiek aan het wonen op een gezinslocatie is de nadruk op terugkeer. Deze wordt door veel bewoners als een grote druk ervaren. Zij beleven de gesprekken met de DT&V en de regelmatig plaatsvindende uitzettingen als een stressfactor. Verschillende bewoners vertellen over hun constante angst om in detentie geplaatst of uitgezet te worden.

'Een heel spannende situatie hier. De politie komt 's morgens of 's avonds en er worden mensen opgepakt, weggebracht. Geen rustige situatie hier. Als de buurman meegenomen wordt zien we dat, dat is heel spannend (bewoner Burgum).'

'Drie weken geleden is een Afghaans gezin in detentie gezet. De druk is daardoor verder toegenomen, ik weet niet wat te doen. Ik heb ervaring met detentie, ben bang ervoor, het was een nare ervaring (bewoner Den Helder).'

Ook bewoners die op zich positief zijn over de geboden opvang ervaren deze nadruk op terugkeer en de zichtbare uitzettingen als stressvol en sommigen vertellen over de nadelige invloed die dit op hun kinderen heeft. Verderop in dit hoofdstuk zullen wij nader ingaan op stress in het kader van de gezondheid van bewoners.

Jongvolwassenen over de gezinslocatie
De drie geïnterviewde jongvolwassenen waren unaniem sterk negatief over de gezinslocatie:

'Interviewer: En hoe vind je het om hier op een gezinslocatie te wonen?
Respondent: In één woord?
Interviewer: Ja.
Respondent: Bagger! (bewoner Gilze)'

Jongvolwassenen hebben wellicht nog meer last van de vrijheidsbeperkingen dan de geïnterviewde volwassenen, bijvoorbeeld vanwege de verschillen met Nederlandse leeftijdsgenoten. Daarbij spelen ook gevoelens van schaamte en uitsluiting vanwege hun situatie een rol:

'Als je jong bent wil je meer. Voor ouders is het niet erg. Op school praten mensen over wat ze zaterdag doen. Ik doe niks, ik mag niet uit de locatie. Ik heb geen identiteitsbewijs, angst opgepakt te worden. Ik kan me niet legitimeren. Voor een bankpas, een bankrekening, roken, drinken, overal moet je je legitimeren. Voor mij is dat best belangrijk. Ik heb direct het gevoel: ik ben asielzoeker. Omdat het allemaal beperkt is (bewoner Den Helder).'

'En je vrienden zeggen: je bent illegaal, je mag niet buiten komen met ons. Ik ben ook bang wanneer ik naar buiten ga om met mijn vriend te chillen, dat de politie vraagt om legitimatie en dan moet je eigenlijk legitimeren en dan heb ik geen eigen document, ik heb alleen maar een briefje. Dat is een beetje raar dan met mijn vriend, want zij hebben een eigen document en ik alleen maar een briefje, dat kan niet. Ik schaam me er dood voor. [...] Je schaamt je als ze zeggen: 'ik kom bij jou op zaterdag/zondag, weekend, of in de vakantie'. Want dan zeg ik 'dat kan niet, ik heb geen eigen huis, we hebben maar één kamer, hoe

ga je slapen? We hebben alleen maar drie bedjes. Ga je op de grond slapen?' (bewoonster Gilze).'

Alle geïnterviewde jongvolwassenen volgden tot hun achttiende jaar een opleiding en hadden daardoor meer vrijheid, zoals een vrijstelling van de meldplicht en de mogelijkheid om in een nabijgelegen stad naar school te gaan of stage te lopen. Vanaf hun achttiende zitten deze jongeren thuis en voelen zij de beperkingen van het leven op de gezinslocatie.[82] Een geïnterviewde beschrijft de overgang rond haar achttiende verjaardag:

'Interviewer: Verveel je je wel eens?
Respondent: Ja. Elke dag, elke minuut. Vroeger toen ik nog naar school ging was het minder. Toen voelde ik geen stress. Als mijn moeder huilde vroeg ik haar 'waarom huil je? Wees chill, kijk later'. Maar toen werd ik 18, de school stopte, ik werd een beetje zoals mijn moeder, ik ben nu zoals mijn moeder. Ik ben niet meer minderjarig, snap je? […] vroeger voelde ik die pijn en stress niet. Maar nu voel ik het zelf. En mijn broertje voelt nu niks, maar straks wordt hij 18 en dan voelt hij ook die zware dingen en die problemen (bewoonster Gilze).'

Daarnaast voelde een jongvolwassen vrouw zich op de gezinslocatie ook niet veilig, met name door de aanwezigheid van alleenstaande mannen op de locatie. Door deze situatie werd haar bewegingsvrijheid beperkt en voelde zij zich genoodzaakt te stoppen met sporten:

'En ik vind het ook niet leuk dat er veel mannen zijn. Je kunt nergens naar buiten gaan, 's morgens en 's avonds. Je bent bang dat je mishandeld wordt, of dat er iets met je gebeurt. Ook mensen die alcohol drinken komen bij de wasmachine, die schreeuwen tegen jou. Ze zeggen vieze dingen of zeggen iets in hun eigen taal. Dan moet je dus eigenlijk elke dag thuisblijven, alleen maar op je eigen kamer. Ik heb hier ook een paar vriendinnen, of eigenlijk kennissen. Ik kan niet 's avonds met hun naar buiten gaan, want mijn moeder zegt dan dat ik verkracht wordt of mishandeld wordt. Dus dan blijf ik thuis.
Interviewer: Is dat wel eens gebeurd hier op het centrum?
Respondent: ze gaan achter je lopen, dan zeggen ze 'hé chickie, hé meisje', dat zijn dan vooral mensen die hier staan te wachten omdat ze een interview hebben bijvoorbeeld, het zijn geen mensen die je kent. De mensen die we kennen die hebben een gezin, die hebben een vrouw. Maar de mensen die nu asiel komen aanvragen in Nederland die zeggen 'hé meisje', daar word je bang van (bewoonster Gilze).'

Dit citaat laat zien hoe, met name voor jonge vrouwen, de ervaren veiligheid op de locatie een belangrijke factor kan zijn in hoe actief bewoners zijn.
Ook enkele van de geïnterviewde zorgmedewerkers noemden jongvolwassenen als een groep die het op de gezinslocaties relatief zwaar heeft:

'Sommige jongeren gaan niet naar school, hangen rond, krijgen verkeerde vrienden. Waar doe ik het nog voor? Het is een gevaarlijke groep middelbare scholieren die op het hellende vlak van criminaliteit en drugs kunnen komen. Ik zag de GLO als broedplaats van criminaliteit toen er niets kon. Daarover is ook overleg

[82] Daarbij wordt opgemerkt dat een voor het 18e levensjaar gestarte opleiding mag worden afgerond, tenzij het verblijf op de gezinslocatie eerder eindigt.

met de gemeente geweest, waar ik mijn zorgen heb neergelegd (medewerker jeugdgezondheidszorg GGD).'

Deze medewerker zag de situatie van jongeren op de gezinslocatie dus niet alleen als nadelig voor de jongeren zelf, maar ook als bedreiging voor de veiligheid op de locatie en in de omliggende gemeente.

Contacten met anderen

In de interviews is bewoners gevraagd naar hun contacten met medebewoners en met anderen buiten de gezinslocatie. De meeste bewoners hadden vooral contacten met medebewoners, of met mensen die ze gedurende hun tijd in verschillende AZC's hadden leren kennen. Enkele bewoners hebben ook familie of vrienden in Nederland uit het land van herkomst. Sommige bewoners die hebben gekozen voor een basisschool buiten de locatie hebben daarnaast ook contact met ouders van andere kinderen.

Veel geïnterviewden hadden, zowel binnen als buiten de gezinslocatie, vooral contact met land- of taalgenoten, zoals mensen uit Armenië, Azerbeidzjan en Rusland die onderling Russisch kunnen spreken. De meeste geïnterviewden spraken onvoldoende Nederlands of Engels om meer dan een paar woorden te kunnen wisselen met bewoners van andere nationaliteiten, of met mensen van buiten de locatie. Voor enkele geïnterviewden betekende dit een forse beperking in hun sociale contacten. Een alleenstaande bewoonster met twee kinderen was bijvoorbeeld de enige van een bepaalde nationaliteit en taal op haar locatie. Door de taalbarrière had zij geen echt contact met medebewoners. Met een paar andere gezinnen uit een naburig land kon zij enkele woorden wisselen, maar geen echte gesprekken voeren. Slechts af en toe sprak zij een volwassene in haar eigen taal, bijvoorbeeld wanneer zij bezoek kreeg van een vertegenwoordiger van haar geloofsgemeenschap.

Hoewel de gezinslocatie op zich veel mogelijkheden tot ontmoeting biedt, door gedeelde voorzieningen en bijvoorbeeld zelfwerkzaamheid, hebben veel bewoners behoefte aan meer sociale contacten binnen, maar ook buiten het centrum. Wanneer doorgevraagd werd naar de beperkingen lagen die bij sommige bewoners vooral bij henzelf. Bijvoorbeeld:

> 'Nee, niet buiten locatie. Zou ik wel willen, graag. Bijvoorbeeld [eigen nationaliteit] mensen. Waarom lukt dat niet? Weet ik niet, kan ik niet uitleggen. Misschien omdat het zo druk is, het is zo chaotisch in mijn hoofd (bewoner Burgum).'

Andere bewoners voelden zich in contacten met mensen van buiten het centrum beperkt vanwege hun status als (uitgeprocedeerde) asielzoeker, bijvoorbeeld:

> 'Weet je wat het is, je gaat op straat, mensen ontmoeten, zeggen ze hallo, hoe gaat het; bij verder contact vragen ze waar woon je, dan zeg je AZC, dan houden ze het kort. Kijk als je in je eigen huis woont, dan nodig je ze uit, ga je naar hun toe; zo ver komt het niet. 'O, woon je daar, OK, doei'. Mensen houden ons kort (bewoner Gilze).'

De geïnterviewde jongvolwassenen vormden hierop een uitzondering. Zij hadden alle drie vooral contact met mensen buiten het centrum, die zij bijvoorbeeld kenden van school, opleiding of stage.

> 'Buiten lukt heel goed, ik heb daar geen problemen mee. Maar hier, ik heb er niet veel zin in. De mensen die hier komen zijn de cultuur van hun land gewend, ze

moeten nog leren om hier met elkaar om te gaan. Ik heb daar allemaal geen zin, en meestal zorgen ze voor problemen. Dus ik ga liever een boekje lezen, of iets doen, lijkt me beter (bewoner Gilze).'

Deze jongvolwassene ervoer dus een cultuurverschil met bewoners van de gezinslocatie en gaf daarom de voorkeur aan contact met mensen van buiten de gezinslocatie. Ook een andere jongvolwassene wil liever geen contacten binnen de gezinslocatie, omdat 'iedereen gefrustreerd is en iedereen denkt aan de eigen rotsituatie' (bewoner Den Helder). Ook in dit opzicht wijken de jongvolwassenen dus af van de andere volwassen bewoners.

5.2 Dagbesteding

De aanleiding voor de pilot was de constatering in het ACVZ-advies Verloren Tijd dat veel bewoners op de gezinslocatie gedurende hun verblijf passief zouden worden doordat zij niets te doen hebben. Dit beeld komt ook naar voren uit een deel van de interviews die in het kader van het huidige onderzoek met bewoners zijn gehouden. Tussen de bewoners zijn hierin echter grote verschillen. Sommige bewoners hebben het juist erg druk.

> 'Interviewer: Hoe ziet uw dag eruit?
> Respondent: Ik sta geen moment stil, ik ben de hele dag bezig. Vanaf 7 uur. Ik deel mijn werk met mijn man, hij brengt de grote kinderen naar school, ik de kleine naar de crèche. Ik moet elke dag stempelen, vijf keer per week. Daarna doe ik arbeid [werk op de locatie]. Als ik thuis kom heb ik ander werk, het huishouden, de was van man en vier kinderen, dus zes personen. Als ik klaar ben komen de kinderen uit school. [...] Er is altijd iets te doen, ik heb geen tijd om me te vervelen (bewoonster Gilze).'

Hierbij lijkt de gezinssamenstelling een belangrijke rol te spelen. Alleenstaande ouders en ouders van gezinnen met jonge kinderen hebben het vaak drukker met de dagelijkse zorg voor de kinderen dan bewoners met wat oudere kinderen. Hun kinderen gaan overdag naar school en kunnen zich zelfstandig verplaatsen. Een bewoonster met een kind in de middelbare schoolleeftijd vertelt:

> 'Ik sta op, dan ga ik mijn zoon klaarmaken om naar school te gaan, dan ga ik me melden, en soms doe ik dan wat boodschappen als dat nodig is, bij de AH of de Lidl, in het centrum. Dan kom ik terug, en dat is het eigenlijk (bewoonster Den Helder).'

Hierbij lijkt er bovendien soms sprake te zijn van een verschil tussen mannen en vrouwen. Mannen die geen rol spelen in de dagelijkse zorg voor de kinderen hebben soms weinig te doen. In een interview met een echtpaar vertelde de vrouw bijvoorbeeld genoeg te doen te hebben op de locatie, ze is bezig met de kinderen en met het huishouden. Haar man doet niks en is veel aan het denken:

> '"Ik denk, ik denk, ik denk. Ik ben thuis en denk aan alle problemen" (echtpaar geïnterviewd op gezinslocatie Den Helder).'

Dat bewoners erg druk zijn wil overigens niet zeggen dat zij zich niet kunnen vervelen. Een vrouw die door de ziekte van haar man alleen de zorg heeft voor haar

kinderen, die bovendien vanwege gezondheidsproblemen veel extra zorg nodig hebben vertelt in reactie op de vraag of zij zich wel eens verveelt bijvoorbeeld:

> 'Ja, inderdaad. Natuurlijk, ik verveel me enorm. Aan de ene kant heb ik zo veel zorgen. Ik word wakker: kinderen, centrum, alles is hetzelfde. Ik ga slapen: kinderen, centrum, alles is hetzelfde. Er zijn geen veranderingen. Het zou goed zijn als er eens een leuk feest was, een leuke ontmoeting werd georganiseerd. Een keer een dag anders. Nu is elke dag hetzelfde (bewoonster Burgum).'

Ook bewoners die voldoende om handen hebben kunnen dus moeite hebben met de eentonigheid van het leven op de gezinslocatie. Vrijwel alle geïnterviewde bewoners met wie dit onderwerp expliciet is besproken gaven dan ook aan zich te vervelen, op drie uitzonderingen na.[83]

5.3 Activiteiten

Zoals duidelijk is geworden in hoofdstuk 4 zijn er in het kader van de pilot door het COA en de DT&V verschillende activiteiten en opleidingen georganiseerd voor de bewoners van de drie pilotlocaties. Ook zijn er op iedere pilotlocatie terugkeerruimtes, de zogeheten T-rooms, ingericht.
Hieronder zullen wij nader ingaan op de ervaringen van bewoners met recreatieve activiteiten, zelfwerkzaamheid en vrijwilligerswerk, de opleidingen/cursussen georganiseerd door de DT&V en de T-Room. Tot slot zullen wij bespreken wat deelnemen aan activiteiten voor bewoners betekent en welke effecten zij eventueel zien voor zichzelf en anderen.

Recreatieve activiteiten COA
Op alle drie de pilotlocaties zijn door het COA in het kader van de pilot verschillende recreatieve activiteiten georganiseerd, zoals sport en creatieve activiteiten. Ook zijn er gedurende de pilotperiode activiteiten georganiseerd die formeel niet onder de pilot vielen, zoals cursussen basaal Nederlands en weerbaarheid, die wel door de bewoners werden genoemd.[84] De mate waarin de geïnterviewde bewoners deelnamen aan activiteiten was wisselend: enkele bewoners namen nergens aan deel, sommige bewoners deden slechts incidenteel mee als er iets werd georganiseerd, anderen namen wekelijks deel aan verschillende activiteiten.
Bewoners die al langer op de gezinslocatie woonden is gevraagd in hoeverre er iets was veranderd in het activiteitenaanbod. Verschillende bewoners hadden gemerkt dat het aantal activiteiten in de pilotperiode is toegenomen. Het was echter slechts een enkele bewoner bekend dat er sprake was van een pilot. Sommige bewoners hadden eigen verklaringen voor het toegenomen aantal activiteiten, zoals het feit dat er meer kinderen waren komen wonen of de toestroom van Syrische vluchtelingen.[85]
De meeste geïnterviewde bewoners zijn positief over de toename van het aantal activiteiten. Het activiteitenaanbod op de locatie wordt door bewoners wel heel verschillend beoordeeld. Sommige bewoners vinden dat er nu voldoende te doen is.

---

[83] Enkele bewoners en tolken begrepen de term 'vervelen' niet goed.

[84] Zie voor een overzicht van de activiteiten per locatie: Hoofdstuk 4.

[85] Op alle drie de gezinslocaties zijn gedurende de pilotperiode ook – voornamelijk – Syrische vluchtelingen geplaatst die wachtten op het in behandeling nemen van hun asielaanvraag. Deze personen wonen formeel gezien niet op de gezinslocatie.

Andere bewoners vinden het aanbod juist (nog steeds) te mager, en zouden liever meer of andere activiteiten zien.

> 'Vergeleken bij de omvang van dit kamp worden er erg weinig activiteiten georganiseerd, en daarom heeft bijna iedereen het gevoel dat ze hun tijd en leven of jeugd aan het verspillen zijn (bewoonster Gilze).'

> 'Ja, bijvoorbeeld voor de vrouwen is er activiteit kleren maken, daar heb je iets aan voor later. Kijk, activiteit sporten, is wel goed voor je lichaam, maar je hebt er niets aan voor later. Dat zou ik graag willen, meer opleidingen elektro, dat soort dingen, dat je dat meer zou krijgen (bewoner Gilze).'

Zoals deze citaten illustreren hebben bewoners behoefte aan een zinvolle dagbesteding. Activiteiten die bewoners misten waren dan ook vooral 'nuttige' activiteiten waarbij ze iets konden leren of waar ze in de toekomst iets aan hadden, zoals meer Nederlandse les of praktische opleidingen. Ook een fietsenwerkplaats en een naaiatelier werden genoemd, voorzieningen die niet op alle locaties aanwezig waren. Hoewel formeel geen onderdeel van de pilot werden op alle drie de locaties gedurende de pilotperiode cursussen basaal Nederlands aangeboden door het COA. Deze cursus basaal Nederlands was een van de meest genoemde en gevolgde activiteiten door respondenten. Geïnterviewden hadden verschillende redenen om de taal te willen leren. Sommige mensen wilden zich zo voorbereiden op een toekomst in Nederland, maar de meeste respondenten noemden (ook) andere redenen. Zo wilden mensen graag beter kunnen communiceren met anderen op de locatie en met het COA. Ook kinderen spelen hierbij een rol:

> 'Ik zou graag Nederlands willen leren, om te communiceren met de kinderen. De kinderen praten onderling Nederlands. Ik voel me buitengesloten. Ik wil graag de taal leren. Ik heb een brief gehad voor een cursus, maar die viel samen met de kapperscursus. Ik heb gemeld dat ik niet kon en nu niets meer gehoord (bewoonster Gilze).'

Verschillende bewoners merkten echter wel op dat hun leervermogen werd aangetast door de stressvolle situatie waarin zij verkeren. Zij hadden moeite zich op de taal te concentreren of vergaten weer wat zij in eerdere cursussen al hadden geleerd.
Bewoners zeiden meestal rechtstreeks door medewerkers van het COA geïnformeerd te worden over activiteiten, bijvoorbeeld bij de infobalie op het terrein of door middel van een uitnodiging. In Gilze was er bovendien buiten een groot bord gemaakt met daarop een weekagenda, een voorziening waar de meeste geïnterviewde bewoners uit Gilze gebruik van maakten. Niet alle bewoners leken echter even goed op de hoogte van wat er aan activiteiten door het COA werd georganiseerd. Bijvoorbeeld:

> 'Interviewer: Wat voor activiteiten, zoals sport, zijn hier?
> Respondent: Niet dat ik weet. Ik heb in Nederland niet gesport.
> Interviewer: En voor vrouwen en kinderen?
> Respondent: Er zijn mogelijkheden voor kinderen, dat wel. […] Mijn vrouw doet naailessen en vrouwenactiviteiten, sportoefeningen.
> Interviewer: Heeft u daar ook behoefte aan?
> Respondent: Ja, dat zou heel fijn zijn, sport is goed voor lichaam en geest (Bewoner Burgum).'

Deze bewoner was dus niet op de hoogte van het ruime sportaanbod dat op deze locatie voor mannen bestaat, terwijl hij wel behoefte had om te gaan sporten.
Op alle drie de locaties is in de interviews met bewoners systematisch een lijst met beschikbare activiteiten besproken. Op de gezinslocatie Gilze is daarbij ook gebruikgemaakt van visueel materiaal, zoals flyers en foto's van activiteiten. Hieruit kwam soms naar voren dat de bewoner aan meer activiteiten had meegedaan dan hij/zij in eerste instantie spontaan had aangegeven, zeker wanneer ook afbeeldingen werden getoond. Een bewoonster noemde op de vraag wat er op de locatie allemaal te doen is bijvoorbeeld alleen vrouwensport, waaraan ze meestal niet meedeed omdat ze te moe was. Maar bij het tonen van de afbeeldingen bleek deze bewoonster wekelijks aan verschillende activiteiten mee te doen of te hebben gedaan. Taalproblemen en het werken met tolken zouden kunnen verklaren waarom bewoners door het zien van afbeeldingen meer activiteiten (her)kenden. Het is dus mogelijk dat bewoners van de andere locaties ook van meer activiteiten op de hoogte waren of aan meer activiteiten hebben deelgenomen dan in de interviews duidelijk is geworden.
Bewoners hadden verschillende redenen om wel of juist niet mee te doen aan de georganiseerde activiteiten. Actief willen blijven of afleiding zoeken werd regelmatig als motivatie genoemd:

> 'Ik ga tennissen, fitnessen, ik ga daar mijn problemen vergeten. Ik ga niet sporten voor mijn gezondheid. Ik heb geen tijd om aan mijn gezondheid te denken. Ik wil alleen alles vergeten (bewoonster Burgum).'

> 'Mijn moeder is sportief, ze wil alles doen. Ze zegt: 'ik wil niet zitten, ik wil niet slapen, ik moet iets doen' (bewoonster Gilze).'

Gezondheidsklachten speelden geen eenduidige rol. Aan de ene kant vormden psychische en fysieke gezondheidsklachten voor bewoners een reden om niet mee te doen aan activiteiten, vooral de sportactiviteiten. Verschillende geïnterviewden vertelden ook dat zijzelf of hun echtgenotes waren gestopt met alle activiteiten en cursussen vanwege een zwangerschap. Aan de andere kant werden gezondheidsklachten door enkele bewoners ook als een aanleiding genoemd om juist actiever te worden:

> 'Een jaar geleden werden mensen gevraagd naar activiteiten. Ik wou niets doen. Ja, ik kreeg gezondheidsproblemen. Ik moet nu echt iets doen, meer bewegen (bewoner Burgum).'

Daarnaast waren er bewoners die te druk waren met bijvoorbeeld de zorg voor de kinderen om mee te kunnen doen aan activiteiten. Ook gebrek aan oppasmogelijkheden of kinderopvang speelde hierbij een rol:

> 'Er zijn geen bezigheden die ik kan doen. Dat lukt gewoon niet met de kinderen. Er zijn hier wel mogelijkheden: tennis, zwemmen. Maar dat kan ik me niet permitteren, jammer genoeg. In eerste instantie is mijn man ziek. Mijn zoon is nog klein, ik kan hem niet bij iemand achterlaten om iets te gaan doen. Tuurlijk had ik dat wel gewild. Het werkt ook als afleiding. Mijn man ligt in het ziekenhuis, andere zorgen. Zo kan ik mijn zorgen eventjes loslaten (bewoonster Burgum).'

Tot slot waren er bewoners die moeite hadden de motivatie op te brengen om ergens aan mee te doen.

> 'Ik ben niet geïnteresseerd in activiteiten. Mijn geest is te veel beschadigd, dat gaat niet verbeteren. Misschien voor mensen die hoop hebben? Met de fiets heb ik elke dag al sport, voor de boodschappen (bewoner Gilze).'

Een andere bewoonster vertelde hoe ze eerst vrijwilligerswerk deed maar daarmee stopte toen ze een negatieve beslissing kreeg in een lopende procedure.

> 'En toen heb ik gezegd 'klaar ermee, ik ga niet meer mensen helpen, ik ben gestrest'. Ik ging huilen, mijn moeder zei tegen me dat ik even rustig aan moest doen, twee weken vrij moest nemen rond kerst en daarna weer werken, maar ik heb gezegd dat ik dat niet meer kon want ik had hoop gehad voor het kinderpardon en opeens werd dat negatief. En dan zeg je 'oké klaar, ik ga gewoon lekker eten en lekker thuisblijven'(bewoonster Gilze).'

Beide bewoners leggen hier een duidelijk verband met hoop. Nu zij geen hoop meer hebben in Nederland te blijven of hun situatie te verbeteren kunnen zij het ook niet opbrengen om nog iets te gaan doen, zelfs al is het iets wat ze eerst leuk vonden.

Zelfwerkzaamheid en vrijwilligerswerk
Op alle drie de locaties konden bewoners tegen een kleine vergoeding klussen uitvoeren op het terrein, zoals schoonmaken en toezicht houden in de huiswerkruimte. Hoewel zelfwerkzaamheid formeel geen deel uitmaakt van de pilot zijn bij verschillende onderdelen van de pilot op deze manier wel bewoners ingezet, zoals bij het beheren van de T-rooms.
Er zijn verschillen tussen de locaties in het aanbod van zelfwerkzaamheidsklussen. Zo is op de gezinslocatie Gilze in de centrale keuken altijd veel werk beschikbaar, terwijl er op de andere locaties soms wachtlijsten bestaan. In Gilze werkten dan ook op een na alle geïnterviewde bewoners op de locatie. Een enkele bewoner verrichtte op eigen initiatief werkzaamheden, zoals het open stellen van de sportzaal voor jongeren die anders op straat gaan hangen.
Daarnaast waren er bewoners die buiten de locatie vrijwilligerswerk verrichtten. In enkele gevallen is dit georganiseerd in het kader van de pilot, maar andere bewoners hebben zelf het initiatief genomen. Het ging hierbij vooral om welzijnswerk, bijvoorbeeld met ouderen of jongeren. Verder bezochten enkele bewoners van de locatie Burgum een door de GGZ georganiseerd vrijwilligersproject, een fietsenwerkplaats.
Ook vertelden bewoners over hun vrijwillige activiteiten op de locatie. Zo tolkten verschillende bewoners die Engels of Nederlands spraken voor medebewoners. Een bewoonster, kapper van beroep, knipte regelmatig vrijwillig medebewoners. Zij zou dit graag willen uitbreiden:

> 'Respondent: Ik zou heel graag willen dat er een kapperszaakje zou zijn in dit centrum, want het is een groot kamp, en iedereen moet zich iedere dag melden, niemand kan naar buiten; en omdat we niet mogen koken, we krijgen eten hier, is ook ons zakgeld gehalveerd, € 20. Daar moeten we ontbijt van kopen, en er blijft niets over om de kapper te betalen. Daarom zou het wel handig zijn als er een kapperszaak zou worden geopend hier op het centrum.
> Interviewer: En zou je daar willen werken?
> Respondent: 100%. Aan de ene kant zou ik dan mijn tijd goed kunnen vullen, anderzijds zou ik de mensen helpen in het centrum (bewoonster Gilze).'

Ook op het centrum zelf worden er door bewoners dus mogelijkheden gezien om het aanbod aan vrijwilligerswerk uit te breiden.

Cursussen DT&V en T-Room
Zes van de 23 geïnterviewden gaven aan een van de door de DT&V georganiseerde cursussen/opleidingen te hebben gevolgd. Deze zes bewoners waren over het algemeen positief over de gevolgde cursus. Wel werden in het bijzonder de opleidingen vaak te kort gevonden.

> 'Respondent: We konden er niet zo veel van begrijpen vanwege de taal. Een vak leren voor als we worden uitgezet.
> Interviewer: Denkt u dat u er dan ook iets aan heeft?
> Respondent: Onze mentor zei tegen ons: een kapperscursus heeft 3 jaar nodig. De kneepjes kun je niet in 10 dagen leren (bewoonster Gilze).'

Verschillende van de andere geïnterviewde bewoners hadden graag aan cursussen willen deelnemen, maar kregen bij navraag te horen dat zij niet in aanmerking kwamen. Bijvoorbeeld:

> 'Ja, maar ik mocht niet. Ik heb vroeger gevraagd aan de DT&V. Als ik of mijn man naar een cursus wil. Zij zegt: ik moet geloven dat jullie echt weg willen gaan naar jullie eigen land, en dan kan ik zeggen jij mag een opleiding. Als nee, dan mag dat niet. Maar ik wil niet [terugkeren] (bewoonster Burgum).'

Er waren meer bewoners die te horen hebben gekregen dat zij voor terugkeer moesten 'tekenen' voordat zij deel konden nemen aan een opleiding. Dit is normaal gesproken ook een voorwaarde om via de DT&V cursussen te mogen volgen. Voor de cursussen in het kader van de pilot gold deze voorwaarde echter niet. Wellicht hebben deze bewoners geïnformeerd op een moment dat er geen pilotcursus werd aangeboden. Andere bewoners konden niet meedoen aan een cursus vanwege een verandering in hun juridische procedure. Dit gold bijvoorbeeld voor enkele geïnterviewden uit Irak, die vanwege de verslechterde veiligheidssituatie mogelijk weer in aanmerking kwamen voor een verblijfsvergunning.
De T-rooms, waar bewoners via computers informatie kunnen verzamelen over het land van herkomst en via skype contact kunnen hebben met familie of organisaties daar, waren redelijk bekend onder bewoners. De meeste geïnterviewde bewoners zeiden van deze ruimte te hebben gehoord of er wel eens te zijn geweest, bijvoorbeeld bij een terugkeerbijeenkomst. Het was de onderzoekers echter niet altijd duidelijk of het daadwerkelijk om de juiste ruimte ging, en niet om bijvoorbeeld een andere computerruimte. In een deel van interviews is daarom met een poster en/of foto's van de T-room gewerkt.
Slechts twee geïnterviewde bewoners zeiden – afgezien van bijeenkomsten – vaker dan eenmaal in de T-room te zijn geweest. Zij maakten van deze ruimte gebruik om te lezen en voor internet. Bewoners die geen gebruikmaakten van de ruimte noemden vaak tijdgebrek als reden. De geïnterviewde jongvolwassenen vonden het aanbod onvoldoende interessant:

> 'Er is informatie, over landen, je eigen land. Digitale kranten, echte kranten, kinder- en normale boeken. Informatie over vrijwillige terugkeer, ziektekosten, huis, enz. Meer terugkeer, allemaal terugkeer. Interesseert me niet, eerlijk gezegd. Thuis kan ik de sites bekijken. En ik heb het al gehoord van DT&V, IOM, allemaal al gehoord (bewoner Den Helder).'

Sommige bewoners hadden een inhoudelijke reden om geen gebruik te willen maken van de T-Room, bijvoorbeeld uit angst dat er wordt meegekeken:

‘Ik vind dat niet leuk omdat ik denk dat daar alles gecontroleerd wordt. Ik wil niet alles weten bijvoorbeeld, ik wil niet dat altijd iemand controleren voor mij. Bijvoorbeeld ik ga film kijken ik ga in kamer kijken, hoeft niet daar (Bewoonster Burgum).’

Een andere bewoonster vertrouwt de informatie niet die in de T-Room wordt gegeven en meent dat er sprake is van te positieve berichtgeving:

‘Gaat over eigen land, maar alles is goed goed goed. Wanneer je daar gaat die gebeurt niet (bewoonster Burgum).’

De T-Room lijkt er in de huidige opzet onvoldoende in te zijn geslaagd om de interesse van de geïnterviewde bewoners te wekken en vast te houden.

5.4 Gezondheid

De meeste geïnterviewde bewoners hadden in meer of mindere mate last van gezondheidsklachten. Veel bewoners waren dan ook onder behandeling van medisch specialisten of de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). In de interviews is bewoners gevraagd in hoeverre hun gezondheid is veranderd sinds zij op de gezinslocatie zijn komen wonen. Elf van de twintig bewoners die deze vraag hebben beantwoord gaven aan dat hun gezondheid verslechterd was. In drie gevallen werd een verbetering gemeld en in vijf gevallen was de gezondheid hetzelfde gebleven. In de gevallen waarin de gezondheid is verslechterd werd dit door bewoners vaak gekoppeld aan de stressvolle en onzekere situatie waarin veel gezinslocatiebewoners verkeren. Bewoners spreken over stress gerelateerde psychische en psychosomatische klachten, zoals slapeloosheid, hoofdpijn, hartkloppingen en vermoeidheid.

‘Mijn gezondheidsklachten zijn toegenomen [wijst op trillende handen, deze heeft hij tijdens het hele gesprek]. Het is druk hier, druk in mijn hoofd. Te veel stress. Wat gaat er nu gebeuren, ik weet niet wat ons te wachten staat (bewoner Burgum).’

Als stressfactoren worden negatieve beslissingen in procedures, en terugkeergesprekken met de DT&V genoemd, bijvoorbeeld:

‘De hele tijd huilende mensen. Dat zie je heel vaak hier. Sommige mensen komen kerngezond en een paar maanden later hebben ze hartklachten, of hoofdpijn. Als je mijn vader iets vraagt antwoordt hij nooit gewoon. Geïrriteerd, gespannen antwoorden is normaal hier. Dat is naar om te zien. Veroorzaakt door de DT&V (bewoner Den Helder).’

Andere bewoners leggen verband tussen hun klachten en de beperkte mogelijkheden voor zinvolle dagbesteding op de gezinslocatie:

‘Ik wil werken, niet zitten zoals oude mensen. Bijvoorbeeld ik voel me 60, 80 jaar, ik weet het niet hoe oud. Vroeger had ik nooit problemen met mijn gezondheid. Nu ik hier zit: ik heb pijn hier, ik heb pijn hier, ik heb hoofdpijn of mijn huid is anders, he, zo denken. Als ik bezig ben denk ik niet zoveel (bewoonster Burgum).’

Naast deze stressfactoren zijn er ook bewoners die klachten hebben of stress ervaren door de leefomstandigheden op de gezinslocatie. Zo werd het kind van een van de geïnterviewden psychiatrisch behandeld nadat hij getuige was geweest van een suïcidepoging van een medebewoner. Een andere bewoner, ook onder psychiatrische behandeling, was erg angstig om opnieuw in detentie te worden geplaatst met zijn gezin. Dat hij op de locatie steeds weer werd geconfronteerd met gezinnen die in detentie worden geplaatst had een negatief effect op zijn gezondheid:

> 'Ik heb het gevoel dat het achteruit is gegaan. Ik maak hier van alles mee. Ik zie mensen meegenomen worden naar detentie. Ik heb veel meer insuline nodig nu, eerst twee keer per dag, nu vier keer per dag en in een hogere dosis (bewoner Den Helder).'

Er zijn echter ook andere redenen waarom de gezondheid van bewoners op de gezinslocatie achteruit is gegaan. Zo had een bewoonster met hooikoorts veel meer klachten nadat zij was verhuisd naar Gilze, omdat de locatie daar buiten de bebouwde kom ligt, tussen de bossen en velden.
In drie gevallen was de gezondheid juist verbeterd. Een bewoonster vertelde hoe haar klachten zijn verminderd sinds ze een verblijfsvergunning heeft gekregen:

> 'Toen ik hier net kwam wonen was mijn gezondheid heel erg slecht, maar nu gaat het wat beter. Het is enigszins beter geworden, want aan het begin had ik veel stress maar dat is nu minder. Doordat ik nu een verblijfsvergunning heb gekregen heb ik minder stress. Daarvoor had ik gesprekken over terugkeer en dat veroorzaakte veel stress (bewoonster Den Helder).'

Bij een tweede bewoonster, van wie de gezondheid eerst was verslechterd na een negatieve beschikking in de asielprocedure, verbeterde de gezondheid toen zij meer mee ging doen aan activiteiten, zoals Nederlandse les, en zich daardoor minder verveelde. Bij deze bewoonster lijkt er dus sprake te zijn van een positief effect van deelname aan activiteiten op haar gezondheid.

Toegang gezondheidszorg
In de interviews is ook gevraagd naar de ervaringen van respondenten met de toegang tot de gezondheidszorg. De meningen van de respondenten over de toegang tot de zorg waren erg wisselend. Ongeveer de helft van de geïnterviewde bewoners was negatief, de andere helft positief, bijvoorbeeld:

> 'Ik ben tevreden; wij gaan niet zo snel naar de dokter, met een verkoudheid bij de kinderen proberen we het zelf op te lossen; maar als er iets aan de hand is, dat de kinderen niet goed zijn, wordt het serieus genomen, worden we goed behandeld. Ik spreek Nederlands, dus het is makkelijk voor mij contact te hebben, maar ik merk wel dat mensen die hun talen niet spreken, moeite hebben (bewoner Gilze).'

> 'Hier zijn er meer beperkingen in de toegang tot de zorg dan in andere AZC's, meer beperkt. Ze zijn ook heel erg bot. Als je vraagt om een andere kamer: je woont hier alleen voor de kinderen, niet voor jou. Anders sta je op straat. Dus je moet bij je kinderen blijven. Ze beschouwen ons niet als mensen. Ik heb een keer een klacht over de medische dienst ingediend bij de casemanager. Maar hij zegt dat we niet meer rechten hebben dan we al krijgen (bewoonster Gilze).'

Enkele andere bewoners hadden ook negatieve ervaringen met de bejegening door zorgmedewerkers op de locatie:

> 'Bent u tevreden over de medische zorg? Ja en nee, 50/50. Soms word ik aangesproken door het personeel alsof wij mensen van een derde soort zijn. Dat gevoel krijg ik soms. In het ziekenhuis word ik heel normaal behandeld, alleen op het AZC hier niet (bewoner Burgum).'

Veel van de bewoners hebben op verschillende locaties gewoond. Sommige bewoners rapporteren een verslechtering in de medische zorg op de gezinslocatie ten opzichte van eerdere locaties, anderen juist een verbetering. Er leek hierbij geen duidelijk verschil te zijn tussen de locaties, bewoners op alle drie de pilotlocaties vertellen zowel positieve als negatieve verhalen over de zorg. Mogelijk speelt de persoonlijke achtergrond van de bewoners hierbij een rol.

5.5 Toekomstplannen en terugkeer

Omdat uit eerder onderzoek (Van Alphen et al., 2013) en uit de ervaringen van COA-medewerkers bleek dat het stellen van een directe vraag naar terugkeer tot veel non-respons leidde is er in dit onderzoek gekozen om bewoners meer indirect te vragen naar hun toekomstplannen, en hoe zij zich op de locatie daar eventueel op voor zouden kunnen bereiden. Uit de antwoorden werd duidelijk dat de onzekere situatie waarin veel bewoners verkeren, met nog lopende procedures om in Nederland te mogen blijven of moeizame procedures voor terugkeer naar het land van herkomst, een verlammende werking kan hebben.

> 'Interviewer: Wat zijn je plannen voor de toekomst?
> Respondent: Ik zit anderhalf jaar hier; ik zie geen toekomst voor me. Ik kan daar niet over denken.
> Interviewer: En hoe komt dat?
> Respondent: Ja, omdat ik onder zeer moeilijke omstandigheden leef. Het is nu al drie jaar, dat ik mezelf telkens oppep met de hoop dat het op een dag goed komt. Dan krijg je een negatieve beschikking, moet je naar de rechtbank, twee keer, procedures, telkens wordt het uitgesteld, gecanceld, moet je telkens zes maanden wachten, dan komt er op een gegeven moment wel een positief oordeel, komt er weer een interview, moet je weer wachten op de uitslag daarvan. Al die dingen maken dat ik niet eens de mogelijkheid krijg te denken over de toekomst (bewoonster Gilze).'

> 'Interviewer: Zijn er nog dingen die je hier op de locatie graag zou willen doen?
> Respondent: Daar ben ik helemaal niet mee bezig, de meeste mensen in het AZC wachten hun procedure af, of ze in NL mogen blijven, dan begint jouw leven, daarvoor is het eindeloos afwachten op niets eigenlijk (bewoonster Den Helder).'

Door steeds nieuwe, vaak langlopende procedures en onzekerheid over de toekomst hebben de bewoners weinig ruimte om na te denken over hun toekomst. Veel bewoners hadden al meerdere procedures doorlopen, begonnen steeds weer nieuwe in de hoop toch nog een verblijfsvergunning te verkrijgen, waar een deel uiteindelijk ook in slaagt. Bij de enkele bewoners die wel meer concrete toekomstplannen hadden beperkten deze zich tot wat zij zouden willen doen nadat zij een verblijfsvergunning zouden krijgen. Maar ook dan beperkte de onzekerheid over of en wanneer dit moment zou komen concrete voorbereidingen. Een geïnterviewd

echtpaar vertelde bijvoorbeeld over hun plannen om in Nederland een eigen winkeltje te openen en daar te werken. Maar alles hangt van de vergunning af. Meneer en mevrouw hebben geen idee wat ze op deze gezinslocatie nodig hebben of zouden kunnen leren om te helpen bij hun toekomstplannen. Ze denken alleen over hun status na:

> ‘Met een vergunning zou alles opgelost zijn. Zonder vergunning kun je hier niks doen, maar met een vergunning kunnen we werken. We denken over niks anders behalve onze status. De situatie is nu niet stabiel (bewoners Den Helder).’

Wanneer terugkeer ter sprake kwam was dat vooral vanuit angst. Geen van de geïnterviewde bewoners leek actief bezig met een plan voor terugkeer. Een van de geïnterviewden zei wel te willen terugkeren, maar dat terugkeer naar haar land niet lukte:

> ‘Ik heb hier geen toekomst, zit in een uitzichtloze situatie, en verwacht niet dat dat binnenkort gaat veranderen. Ik heb een hele tijd in een AZC verbleven, en toch gevlucht uit je land omdat het onveilig is. Je komt hier in een AZC, dan ben je gevangen, zo voelt het eigenlijk. Je kunt niet terug naar je eigen land, maar ook niet verder, dus je komt in de knoop (bewoonster Den Helder).’

Veel van de geïnterviewden waren afkomstig uit gebieden waar het onrustig is, zoals Irak, Afghanistan en Somalië. Zij maakten zich grote zorgen over de veiligheid van hun gezin bij terugkeer. Zo ook deze geïnterviewde:

> ‘Wat met vrouw in Kabul is gebeurd [vermoord om vermeend verbranden van koran] kan ook met ons gebeuren [huilt]. [tolk tussendoor: als man kon ik die beelden niet aanzien, ik ben weggegaan bij de tv]. [Respondent snikkend]: dit maakt me erg bezorgd, ik heb geen andere cultuur, ik heb wat van de cultuur hier genomen. In geval van terugkeer: hoe moet ik mij daar aanpassen? Kan mij ook gemakkelijk gebeuren. Mijn kinderen ook, we praten soms over terugkeer vanwege DT&V. Mijn kinderen worden ook vaak verdrietig. Mijn man heeft in afgelopen jaren dat wij hier zijn zelfmoordpogingen gedaan, de laatste keer was echt erg (bewoonster een van de pilotlocaties).’

Enkele bewoners hadden naast de veiligheid ook meer concrete zorgen over terugkeer naar het land van herkomst. Zo maakte een bewoner die vanwege een ernstige aandoening veel kostbare medicatie moest gebruiken zich zorgen dat hij deze na terugkeer niet langer zou kunnen betalen. Andere bewoners maakten zich zorgen over de toekomstkansen van hun kinderen. Zij waren al zo lang in Nederland dat hun kinderen zich ook de Nederlandse taal en cultuur hadden eigen gemaakt en niet zouden passen in het land van herkomst. Een bewoner was bang dat zijn dochters besneden zouden worden.

Het gebrek aan toekomstperspectief geldt zo mogelijk nog sterker voor de jongvolwassenen. Zij zijn verhoudingsgewijs een veel groter deel van hun leven in Nederland en hebben hier hun onderwijs gevolgd. De geïnterviewden uit deze doelgroep kunnen zich bovendien op de gezinslocatie moeilijk losmaken van hun ouders. Zij krijgen opvang omdat er nog minderjarige broers of zussen zijn. Ondanks dat ze meerderjarig zijn blijven ze deel uitmaken van het gezin van hun ouders. Ze kunnen dus in principe niet zelfstandig gaan wonen binnen de gezinslocatie. Ook dat deel van hun toekomst staat dus stil.

Hoewel bewoners van de gezinslocaties formeel moeten terugkeren zag slechts één van de geïnterviewden, een jongvolwassene, haar toekomst in het land van herkomst:

> ‘Interviewer: En wat zijn je plannen voor de toekomst?
> Respondent: Mijn toekomst? Rijk worden, haha. Mijn droom is dat ik doktersassistent word. Mijn land helpen.
> Interviewer: Zie je jezelf in Nederland, of in een ander land?
> Respondent: Nee, mijn land, [land van herkomst], werken. Hier in Nederland zijn goede dokters, maar in [land van herkomst] zijn slechte dokters. Veel kinderen zijn ziek, veel vrouwen, ouders, gaan dood omdat niemand helpt. Dus ik ga ervoor vechten om te helpen, als ik kan, als ik mag. Ik zie de deur voor mijn droom wel steeds dichtgaan. Maar het komt wel, je mag studeren tot je dertig bent. Ik ben nu pas 20. Ik zou hier willen studeren, als ik huis krijg, een verblijfsvergunning, daarna werken (bewoonster Gilze).’

Voor het realiseren van deze terugkeerplannen is dus alsnog een verblijfsvergunning noodzakelijk.
Uit de interviews wordt duidelijk dat het voor veel geïnterviewde bewoners moeilijk is om toekomstplannen te maken. Zij missen de stabiliteit en zekerheid die nodig is om zich te oriënteren op een toekomst in het land van herkomst of in Nederland. Bovendien zijn veel bewoners bezorgd om de veiligheid bij terugkeer. Deze angst wordt soms gevoed door actuele gebeurtenissen, zoals de onrust in Irak en Afghanistan.

5.6 Effecten activiteiten volgens de bewoners

Hoewel het gezien de onderzoeksopzet en –termijn niet mogelijk is om de daadwerkelijke effecten van de pilot te meten is bewoners wel gevraagd naar wat het deelnemen aan activiteiten en opleidingen of cursussen voor hen betekent of zou kunnen betekenen, en of zij effecten merken op bijvoorbeeld hun gezondheid. Ook is bewoners gevraagd naar wat zij op de locatie alvast zouden kunnen doen of leren dat bij zou kunnen dragen aan hun toekomstplannen.
Uit de antwoorden van bewoners bleek dat de activiteiten waaraan zij deelnamen hen vooral afleiding boden of zorgden voor minder verveling. Ook werd door bewoners veel genoemd dat zij tot rust kwamen door deelname aan de activiteiten en dat zij door actief bezig te zijn hun zorgen tijdelijk loslaten:

> ‘Sinds sport/tuin zie ik mijn ouders rustig worden. Mijn moeder wilde sporten, maar het was te duur. Nu kan ze de hele dag sporten, extra lopen erheen. Vader werkt in de tuin. Daar worden ze rustig van, raken hun emoties kwijt. Als je maar bezig bent, een spelletje, maakt niet uit wat. Dan vergeet je je zorgen (bewoner Den Helder).’

> ‘Ik heb al mijn dierbaren verloren [huilt] Ze zijn er allemaal niet meer. Met vrijwilligerswerk kan ik bezig zijn, mijn artsen zeggen dat bezig zijn goed is. Dan ben ik niet meer bezig met mijn gedachten (bewoner Burgum).’

Daarnaast vonden bewoners het belangrijk om iets nuttigs te kunnen doen, of ergens aan te kunnen bijdragen. Een bewoonster vertelt over haar wens om aanvullende taallessen te volgen:

> ‘Interviewer: Wat zou dat beteken voor je gezondheid en je toekomstplannen? Respondent. Heel veel. Dat zou wel invloed hebben op mijn gezondheid. Want dan zou ik niet het idee hebben dat ik een nutteloos persoon ben. Want dan kan ik mijn dagen vullen met taallessen, ben ik nuttig bezig. Maar ik ben God heel dankbaar dat mijn zoon naar school gaat en dat hij de mogelijkheid krijgt iets van zijn leven te maken (bewoonster Gilze).’

Een jongvolwassen bewoner vertelt over zijn redenen om vrijwilligerswerk te gaan doen buiten de locatie:

> ‘Om niet gek te worden, en andere mensen te helpen. Ik heb geen school, geen uitzicht op mijn toekomst, ik kan nog steeds wat betekenen voor mensen, voor anderen (bewoner Gilze).’

Een zinvolle dagbesteding droeg voor deze en andere bewoners dus bij aan hun welzijn en geestelijke gezondheid. In enkele gevallen zijn bewoners bezig gegaan met activiteiten op uitdrukkelijk advies van hun arts. Daarnaast noemden enkele bewoners meer in het algemeen het belang van sport en beweging voor hun gezondheid en voor bijvoorbeeld sociale contacten.
Vragen over de effecten van pilotactiviteiten op hun toekomstplannen bleken voor veel bewoners lastig te beantwoorden. Veel geïnterviewde bewoners voelden zich door de onzekerheid waarin zij verkeren en hun psychische gesteldheid niet in staat om zich op hun toekomst te oriënteren. De enkele bewoners die wel concrete toekomstplannen hadden, zagen op de gezinslocatie onvoldoende mogelijkheden om daar concreet aan te werken. Het volgen van een studie is bijvoorbeeld niet mogelijk. Geen van de geïnterviewde bewoners heeft aangegeven door deelname aan activiteiten concreet aan terugkeer te zijn gaan werken.

5.7 Conclusie

De bevindingen uit de bewonersinterviews bevestigen het beeld dat door de ACVZ wordt geschetst in het rapport Verloren tijd. Ondanks dat sommige bewoners het erg druk hebben met de zorg voor hun kinderen vervelen veel bewoners zich door de eentonigheid van het leven op de gezinslocatie. De gezinslocatie is bovendien een stressvolle omgeving om te verblijven, er wonen veel mensen dicht op elkaar, van wie veel met psychische klachten. Er vinden terugkeergesprekken plaats en er worden regelmatig mensen uitgezet, terwijl veel bewoners erg angstig zijn voor terugkeer.
Veel bewoners hebben behoefte aan een zinvolle dagbesteding. Het toegenomen aantal activiteiten door de pilot werd over het algemeen dan ook op prijs gesteld. De meeste geïnterviewde bewoners hebben meegedaan aan een of meerdere recreatieve activiteiten van het COA. Een kleinere groep nam deel aan de opleidingen van de DT&V. De T-room was onder de geïnterviewde bewoners niet erg populair. Slechts een enkele bewoner gaf aan daar vaker dan eenmaal zelfstandig te zijn geweest.
De belangrijkste reden om deel te nemen aan activiteiten was het zoeken van afleiding of de behoefte om actief te zijn. Gezondheidsklachten hadden een minder eenduidige betekenis, voor sommige mensen vormden deze een belemmering, voor anderen juist een stimulans om bijvoorbeeld te gaan bewegen. Tijdgebrek door zorg voor kinderen was een reden voor sommige bewoners om niet mee te doen aan activiteiten of opleidingen, ook al hadden zij dat wel graag gewild. Andere bewoners waren niet (langer) gemotiveerd om dingen te doen. In hun verhalen legden zij

vaak een verband met het verlies van hoop, bijvoorbeeld na de zoveelste negatieve beslissing in hun asielprocedure.
Onder de geïnterviewde bewoners komen veel fysieke en psychische gezondheidsklachten voor. Veel bewoners hebben last van stress en spanning gerelateerde gezondheidsklachten. Bewoners verbinden deze klachten vaak met de nadruk die op de gezinslocatie ligt op terugkeer, bijvoorbeeld de gesprekken met de DT&V of het getuige zijn van het uitzetten van andere bewoners. Ook inactiviteit of verveling worden soms als veroorzaker van klachten gezien. Sommige bewoners ervaren dan ook een verbetering van deze klachten door de afleiding van pilotactiviteiten.
Het deelnemen aan activiteiten geeft mensen rust, zij kunnen hun zorgen even loslaten.
Uit de interviews wordt duidelijk dat het voor veel bewoners van de gezinslocaties moeilijk is om toekomstplannen te maken. Zij missen de stabiliteit en zekerheid die zij nodig hebben om zich te oriënteren op een toekomst in het land van herkomst dan wel in Nederland, laat staan om concrete stappen te zetten om hun plannen te verwezenlijken. In de interviews zijn geen aanwijzingen gevonden dat activering door middel van opleidingen of recreatieve activiteiten kan bijdragen aan terugkeer, of het nemen van de regie over de eigen toekomst. Bovendien zijn veel bewoners bezorgd om de veiligheid bij terugkeer. Deze angst wordt soms gevoed door actuele gebeurtenissen, zoals de onrust in Irak en Afghanistan. Het is dan ook de vraag in hoeverre het beschikbaar stellen van informatie, zoals dat in de T-rooms gebeurt, bij kan dragen aan het wegnemen van deze drempel voor terugkeer. Daar komt bij dat deze ruimtes weinig worden gebruikt.

6 Ervaringen van medewerkers

In dit hoofdstuk komen de ervaringen van medewerkers van het COA en de DT&V met de pilot aan bod. Het hoofdstuk is vooral gebaseerd op negentien interviews met woonbegeleiders, huismeesters, casemanagers, programmabegeleiders en locatiemanagers van het COA en interviews met (senior) regievoerders van de DT&V. Daarnaast komen ook mensen betrokken bij de DT&V opleidingen, de verschillende zorgorganisaties op de gezinslocaties en overige betrokkenen zoals het IOM en de Vrolijkheid aan het woord.[86]
Wij zullen eerst kort ingaan op de zienswijzen van medewerkers op de leefomstandigheden op de gezinslocaties. Vervolgens besteden wij aandacht aan de georganiseerde activiteiten: in hoeverre is de beoogde doelgroep bereikt en welke belemmeringen en motiveringen zijn er volgens de medewerkers bij bewoners geweest. Daarna bespreken wij de beoogde doelen van de pilot, welzijn, gezondheid en terugkeer en in hoeverre deze doelen volgens de geïnterviewde medewerkers zijn gerealiseerd. Daarbij zullen we ook aandacht besteden aan de effecten van de pilot op de geïnterviewde medewerkers zelf, en hoe zijn hun werk beleven. Tot slot gaan we in op de mening van de medewerkers over de gehele pilot, mogelijke verbeterpunten en de eventuele mogelijkheden voor uitbreiding of verlenging.

6.1 Leefomstandigheden op de gezinslocaties

De meningen van de geïnterviewde medewerkers van het COA en de DT&V over de leefomstandigheden op de gezinslocaties sluiten aan bij het ACVZ advies verloren tijd. Bewoners hebben volgens medewerkers op de gezinslocatie weinig te doen, er mag niet veel en er heerst onzekerheid over de toekomst.

> ‘Het leven hier is geen pretje. Mensen hebben wel een dak boven hun hoofd, maar het is geen pretje. Op de GLO zit een deel jaren in de opvang, het uitzicht is niet rooskleurig. Zij zijn bezig met overleven. Na een uitzetting, of na een gesprek met de DT&V zijn mensen er slechter aan toe (medewerker COA).’

Volgens verschillende medewerkers heeft dit een negatief effect op de psychische gesteldheid van bewoners. Zij zouden depressief worden of de hele dag in bed liggen. Sommige medewerkers twijfelen bovendien of deze sobere opvang wel (voldoende) bijdraagt aan de terugkeerbereidheid van bewoners. Daarnaast zijn sommige medewerkers van mening dat het bij de gezinslocaties om een specifieke doelgroep gaat, met meer of andere problematiek dan op andere COA-locaties. In het bijzonder het grote aantal bewoners met psychische problemen wordt regelmatig genoemd. Verschillende COA-medewerkers, maar bijvoorbeeld ook medewerkers van zorgorganisaties actief op de gezinslocaties, gaven tijdens het interview dan ook aan niet blij te zijn geweest dat de locatie waar zij werkten een gezinslocatie werd.

[86] Om herkenbaarheid van individuele medewerkers te voorkomen zijn soms identificerende details weggelaten. Wanneer het noemen van de locatie een medewerker te herkenbaar maakt is dit weggelaten.

6.2 Activiteiten

Veel medewerkers spreken met veel enthousiasme over de pilot en de activiteiten die in het kader van de pilot worden georganiseerd. In hoofdstuk 4 zijn de georganiseerde activiteiten en de geregistreerde deelname van bewoners aan activiteiten op de gezinslocaties besproken. In deze paragraaf komen de ervaringen van medewerkers met deze activiteiten aan bod.
Zoals duidelijk is geworden in hoofdstuk 4 waar het implementatieproces van de pilot werd beschreven, was er vooral bij de recreatieve COA-activiteiten sprake van een groot en divers aanbod. Verschillende COA-medewerkers die betrokken waren bij de pilot zijn enthousiast aan de slag gegaan met het bedenken en organiseren van allerlei activiteiten.

> 'En wat ik ook erg leuk vind en waar ik trots op ben, want mijn collega's zeiden "dat gaat je nooit lukken", een paar hele recalcitrante Armeense mannen die zijn hier een moestuin begonnen. Die zag je ook helemaal opfleuren. En ondertussen heb je ook wel gesprekken, gaan ze vertellen hoe het is in hun land van herkomst (COA-medewerker).'

Sommige activiteiten trokken meer deelnemers dan andere. Enkele initiatieven zijn niet doorgezet wegens gebrek aan belangstelling. Een kwestie die op verschillende locaties speelde was dat deelname aan activiteiten soms na verloop van tijd af leek te nemen. Vooral op de gezinslocatie in Gilze werd dit als een probleem ervaren. Daarom is er op die locatie gekozen om regelmatig nieuwe 'frisse' activiteiten te starten. In Burgum is om deze reden voor een andere aanpak gekozen, waarbij bewoners na enkele lessen verder werden begeleid om de activiteit buiten de locatie te gaan beoefenen:

> 'Ik denk dat het altijd zo werkt. Je begint met een groep enthousiastelingen, en daarvan blijft een kern over. Dat is ook de reden dat ik heb gezegd dat ik niet nog meer volleybaltoernooien op het terrein kan organiseren. Dat doe je voor vier mensen, maximaal. Er doen 36 mensen aan mee, maar er zijn 4 mensen die er echt van houden. Als ik dezelfde tijdsinvestering doe in het leggen en onderhouden van contacten met een volleybalvereniging, dan kan ik die vier daar onderbrengen, waarbij ze drie keer per week kunnen sporten. Dan heb ik de mensen die echt van volleybal houden ook echt bediend. Die heb ik een jaar lang, drie keer per week, actief. [...] Daarom heb ik dat ook zo gedaan voor jiujitsu en taekwondo: doe zes lessen; we kijken wat er op af komt. Als mensen daarna zeggen 'ik vind het geweldig, dit is helemaal iets voor mij, ik voel me beter hierdoor', die kun je dan meenemen naar de sportschool. Die kunnen daar door. En de rest die zegt 'het is leuk maar niet voor mij', die haken na vijf, zes keer af (COA-medewerker Burgum).'

Enkele medewerkers, met name van de DT&V, twijfelden of er wel voor de juiste soort activiteiten was gekozen. Zij hadden in het activiteiten- en cursusaanbod liever meer de nadruk gezien op bruikbaarheid in het land van herkomst.

> 'Net als die computertraining, dat is ook meer universeel; je koopt een niet al te duur laptopje en kan in elk land daarmee aan de slag. Dat is een mooie meerwaarde, dat het niet alleen voor hier is, maar overal te gebruiken is. En dan heb ik soms meer mijn vraagtekens bij zwemles. Dan gaan ze terug naar ergens in Afrika, waar geen water te bekennen is, dat is dan het doel ook niet, daar heb ik

> meer mijn vraagtekens bij. Of tennisles, dat is mooi, maar wat geef je mensen dan mee, een luxe positie, als ze daar niks mee kunnen (medewerker DT&V).'

Ook de Nederlandse les en de keuze voor het Nederlands als voertaal in sommige cursussen stonden in dit kader ter discussie.
Over de T-rooms waren veel geïnterviewde medewerkers niet erg enthousiast. Verschillende geïnterviewden vroegen zich af waarom er zo weinig gebruik van werd gemaakt. Bewoners zouden bijvoorbeeld bang zijn dat er 'spyware' op de computers zou zijn geïnstalleerd. Ook meldden medewerkers 'concurrentie' van de aanwezigheid van WiFi op steeds meer COA-locaties. Een medewerker van terugkeerorganisatie Solid Road zag een verklaring in de sociale controle op de gezinslocaties:

> 'En ook met de T-room, die zijn ook in het kader van de pilot ontstaan, die twee T-rooms, maar ik hoor dat die heel weinig gebruikt worden. Dat is jammer, dat zijn dure computers, een dure inrichting; het zijn leuke ruimtes; je kunt er leuk zitten. Het is jammer dat die niet gebruikt worden. Dat er toch een bepaald stigma aan zit; dat als je er naar toe gaat, je toch bezig gaat met terugkeer. En op de gezinslocatie is er redelijk veel controle, 'wat doe je waar ben je mee bezig?' (medewerker Solid Road).'

Er is medewerkers gevraagd naar hun indruk van het percentage bewoners dat deelnam aan de in het kader van de pilot georganiseerde activiteiten. De gemaakte schattingen liepen daarbij behoorlijk uiteen, van 5 tot 80%. Mogelijk heeft dit ermee te maken dat niet alle medewerkers (volledig) op de hoogte waren van het bestaande aanbod en de deelname daaraan. Bovendien maakten niet alle medewerkers onderscheid tussen activiteiten die formeel wel en activiteiten die formeel niet tot de pilot behoorden.
Verschillende COA-medewerkers zagen een verschil tussen mannen en vrouwen in de deelname aan activiteiten. Op de meeste locaties werd een duidelijk onderscheid gemaakt tussen mannen- en vrouwenactiviteiten, zeker bij sport. Sportactiviteiten en faciliteiten in de open lucht werden minder vaak door vrouwen bezocht. Door medewerkers werd hierbij een verband gelegd met de culturele en religieuze achtergrond van bewoners. Moslimvrouwen zouden bijvoorbeeld alleen willen sporten als er geen mannen aanwezig zijn en er voldoende privacy is. In Den Helder waren er bovendien speciale jongerenactiviteiten, ook voor jongvolwassen bewoners, zoals een jongerenraad en een speciale jongerenkamer.
Er is de medewerkers ook gevraagd of bepaalde groepen meer of juist minder deelnamen aan activiteiten. Sommige medewerkers benoemden vooral verschillen tussen herkomstlanden in deelname aan activiteiten. Andere medewerkers waren van mening dat er geen verschillen waren tussen de herkomstgroepen op het centrum met betrekking tot deelname aan activiteiten, en interpreteerden verschillen meer als samenhangend met persoonlijke omstandigheden.

> 'Dat zit dan in het individu, de state of mind van de persoon. Bv als ze in een totale depressie zitten, of in een heel spannend moment, in een aanstaande hasa (herhaalde asielaanvraag), dan zijn ze moeilijker te bereiken. Met een man die net is opgenomen, of een vrouw in het ziekenhuis, dan zijn ze moeilijker te bereiken. Met een individu is dat dan lastiger; in het algemeen valt het me mee (COA-medewerker Burgum).'

Medewerkers zagen ook verschillende belemmeringen bij bewoners om deel te nemen aan recreatieve activiteiten, opleidingen en cursussen. Daaronder waren praktische belemmeringen, zoals activiteiten die tegelijkertijd plaatsvonden met

verplichtingen in het kader van zelfwerkzaamheid of bijvoorbeeld medische behandelingen. Ook belemmeringen in taal werden regelmatig genoemd. Vooral bij cursussen kon een gebrek aan beheersing van het Nederlands of Engels problematisch zijn:

> ‘Andere belemmeringen waren de taalbarrière en gebrek aan computerkennis. Aan het begin van de pilot was het plan om de cursussen aan te bieden in de taal van het land van herkomst, maar dat is praktisch niet te realiseren gezien het grote aantal verschillende herkomstlanden (medewerker DT&V).’

Ook bij het informeren over activiteiten en het communiceren tijdens de activiteit werd de taalbarrière als belemmering genoemd.
Een andere belemmering was het gebrek aan kinderopvang voor ouders van jonge kinderen. Voor enkele deelnemers aan DT&V cursussen is extern kinderopvang ingekocht bij een professionele organisatie. Dit was echter niet in alle gevallen voldoende. Voor de meeste recreatieve activiteiten van het COA was geen kinderopvang beschikbaar. Verschillende medewerkers van de DT&V en het COA benoemden dit expliciet in de interviews.

> ‘En bij het tweede deel dat er geen kinderopvang geregeld kon worden, dat je merkt dat dat een belemmering voor een aantal moeders vormt om mee te doen. [...] daardoor zijn er ook wat afgehaakt (medewerker DT&V Den Helder).’

Specifiek voor de DT&V is de associatie met terugkeer. De bewoners voeren regelmatig verplichte terugkeergesprekken met medewerkers van de DT&V, en DT&V medewerkers zijn ook betrokken bij het besluit om over te gaan tot gedwongen vertrek. Volgens sommige DT&V medewerkers kon deze associatie een belemmering vormen voor bewoners om deel te nemen aan door de DT&V georganiseerde activiteiten.

> ‘Je moet goed beseffen dat ze niets van ons willen aannemen. Helemaal niets. Nog geen kopje koffie bij een gesprek. Wij zijn toch een beetje de vijand, en daar moet je continu doorheen vechten en prikken, en alles wat maar naar terugkeer riekt kan voor sommigen echt een enorme drempel zijn om mee te doen (medewerker DT&V Den Helder).’

De weerstand om mee te doen speelde minder bij door het COA georganiseerde activiteiten; veel medewerkers rapporteerden een positieve relatie met de bewoners.
Tot slot spelen er bij verschillende bewoners gezondheidsproblemen, fysiek en psychisch, die een belemmering kunnen vormen bij het deelnemen aan activiteiten. Zieke mensen werden dan ook door verschillende medewerkers als moeilijkst te bereiken groep genoemd. Enkele medewerkers van zowel het COA als de DT&V wezen daarbij ook op mogelijk strategisch gedrag van bewoners. Ziekte kan soms immers leiden tot uitstel van vertrek in de vorm van een artikel 64 procedure. Bijvoorbeeld:

> ‘En daarbij blijft dat de bewoners die belang hebben bij ziekte, dat zijn niet de bewoners die je bij een activiteit ziet. Die hebben we best wel benaderd om mee te doen, maar die willen zich ook buiten het zicht houden, want deze mensen willen niet laten zien dat ze plezier hebben (COA-medewerker Gilze).’

Voor sommige geïnterviewde medewerkers was het onderdeel van de pilot om (uiteindelijk) een andere, meer proactieve benadering van bewoners te ontwikkelen, waarbij het initiatief meer bij de bewoners ligt en bewoners mogelijkheden worden geboden om zelf activiteiten te ondernemen. Ook binnen het pilotoverleg is deze verandering in werkwijze regelmatig besproken. Volgens sommige medewerkers verschilt de benadering binnen de pilot van de vroegere activeringsactiviteiten van het COA, waarin er meer aanbodgericht werd gewerkt. Andere medewerkers vonden dit echter niet haalbaar bij deze doelgroep.

> 'Je kunt ook denken: eigen pakkie aan; er staat een computer, ze kunnen zelf iets opzoeken. Maar zo werkt het niet. Het is een kwetsbare groep, die gemotiveerd moet blijven worden. Je moet blijven investeren in ze, ook al denk je af en toe 'het is trekken aan een dood paard.' En uiteindelijk, als ze er zelf aan toe zijn of niet, kunnen ze hun eigen keuze maken (medewerker DT&V Den Helder).'

> 'Van bewoners is geen organisatie te verwachten. Zij wachten op het vliegtuig en organiseren dus niet. Er is stimulans nodig (zorgmedewerker Den Helder).'

De medewerkers verschillen dus van mening of, en in hoeverre deze andere benadering van bewoners al is gerealiseerd, en in hoeverre dit haalbaar is gezien de omstandigheden waarin bewoners op de gezinslocaties verkeren.

6.3 Doelstellingen van de pilot

Hieronder zullen wij nader ingaan op de mening van de medewerkers over de doelen van de pilot: verbeteringen in het welzijn, de gezondheid en terugkeer van bewoners en de beheersbaarheid op de gezinslocaties. Welke verwachtingen hadden medewerkers vooraf en in hoeverre zijn deze verwachtingen in de beleving van de medewerkers gerealiseerd? En welke effecten heeft de pilot voor de eigen werkzaamheden?

6.3.1 Welzijn en beheersbaarheid op de gezinslocaties

Zoals duidelijk wordt in hoofdstuk twee is het welzijn van bewoners en, daaraan verwant, de beheersbaarheid op de gezinslocaties een belangrijk doel, met name voor het COA. De geïnterviewde medewerkers van het COA en de DT&V waren vrijwel unaniem positief over het effect van de in het kader van de pilot georganiseerde activiteiten op het welzijn van de bewoners.

> 'Het welbevinden van bewoners is vergroot. Bewoners zijn wat opgeruimder en wat vrolijker en zitten niet meer in het cirkeltje van negativiteit. Ook de contacten onderling worden beter, door de activiteiten die men samen doet. Voorheen was dat minder. Ze komen nu meer voor elkaar op. Het contact met COA was al goed en dat is alleen maar verbeterd. COA-medewerkers worden gewoon nog zichtbaarder (locatiemanager Gilze).'

Veel medewerkers zagen ook effect op het gedrag van de bewoners. Medewerkers spraken over het 'opfleuren', 'pittiger worden', 'tot leven komen', 'weer zien lachen' of 'krachtiger worden' van bewoners. Bijvoorbeeld:

> 'Ik vond het ook wel mooi bij de afsluiting van webdesign/grafisch ontwerpen toen moesten alle deelnemers een presentatie houden, die stonden daar in vol

> ornaat, alsof ze echt zakenman of vrouw waren, hun verhaal te doen; en de aanwezige regievoerders geloofden hun ogen niet: normaal gesproken loopt zij in een trainingspak over het terrein te schuifelen, ineengedoken, en hier staat iemand vol passie iets te vertellen. Ik denk wel dat het absoluut iets doet (coördinator opleidingen DT&V).'

Slechts één DT&V-medewerker twijfelde over het effect van de pilot op bewoners buiten de gevolgde cursus om:

> 'Ik kan niet echt zeggen dat mensen fitter zijn. Wel gedurende dat moment; het heeft mensen wel veel gegeven, de leuke dingen in de week; je gaat naar een opleiding, ze gingen vanaf hier naar Leeuwarden, de sfeer was goed. Het was een leuke groep. Ik denk wel dat het mensen gedurende die periode wat gegeven heeft (medewerker DT&V Burgum).'

Veel van de geïnterviewde medewerkers zagen, mede door het verbeteren van het welzijn, ook een verbetering in de beheersbaarheid op de locatie. Verschillende COA-medewerkers hadden het idee dat het aantal incidenten op de locatie was afgenomen sinds de invoering van de pilot. Een van de locatiemanagers zag dit ook terug in de registraties, ook al was de causaliteit daarbij onduidelijk:

> 'Interviewer: En wat heeft het met de beheersbaarheid gedaan, hier op dit centrum?
> Respondent: Dat is lastig te zeggen. In het algemeen hebben we minder incidenten gehad gedurende de pilot en ook minder ernstige incidenten. Maar het kan toeval zijn, want de instroom voor gezinslocatie was ook wat lager, dan krijg je meer rust op je locatie.[…] Het is lastig: als er meer ijsjes verkocht worden, verdrinken er meer mensen, maar komt dat door de ijsjes, of door het mooie weer? (locatiemanager Den Helder).'

Er is door de onderzoekers overwogen om voor dit onderzoek ook naar de bijgehouden registraties van calamiteiten op de drie pilotlocaties te kijken, om zo een eventueel effect op de beheersbaarheid te kunnen zien. Dit is echter door de locatiemanagers afgeraden omdat deze registraties onvoldoende nauwkeurig zouden zijn om als bron voor het aantal incidenten te kunnen gebruiken.[87] Illustratief hiervoor is een uitspraak van een COA-medewerker:

> 'Ik kan het niet hardmaken want het is lastig uit te drukken in cijfers. Wat is een calamiteit? Als bij aankomst blijkt dat iemand twee vingers aan elkaar vast heeft vastgeplakt, die je niet loskrijgt, valt het nog wel mee. Dat maakt het wat lastig om goed uit te leggen, maar ik heb het idee dat het minder is, en de grote incidenten zijn minder, en de leefbaarheid op het centrum is vooruitgegaan (COA-medewerker Burgum).'

Daarnaast noemden enkele geïnterviewden ook effecten van de pilot op de leefomstandigheden op de gezinslocaties.

> '[…] ook de zelfwerkzaamheid, het is schoon op het terrein. Dat er weer geld was om mensen te laten werken voor een beetje geld, ik heb echt gemerkt dat

---

[87] Zie voor een discussie over de registraties van incidenten in AZC's waarin een COA-woordvoerder deze 'niet accuraat' noemt ook: *Ruim 2700 incidenten in Nederlandse asielcentra*. Feenstra & Heijmans in: *De Volkskrant*, 6 februari 2015. www.volkskrant.nl/binnenland/ruim-2700-incidenten-in-nederlandse-asielcentra~a3845615/

> daardoor veel meer gebeurd is op het centrum. De ramen worden weer gelapt buiten, het terrein is schoon, de huismeesters hebben goede werkers die hen helpen met sjouwen en noem maar op. En ook dat ze verantwoording hebben; we hebben nu een man die schildert kamers, anders moet je daar heel lang op wachten, totdat er iemand komt, en het kost heel veel geld. En nu kun je het ze aanbieden, want het geld voor zelfwerkzaamheid is weer terug. En ik heb gemerkt dat dat actiever is geworden, en dat meer mensen blij zijn dat ze iets kunnen doen (COA-medewerker Den Helder).'

De toegenomen zelfwerkzaamheid draagt volgens deze medewerkers dus zowel bij aan het welzijn van individuele bewoners als aan de omstandigheden op de locatie.

6.3.2 Gezondheid

Verschillende medewerkers waren van mening dat door de pilot de gezondheid van de bewoners was verbeterd. Hierbij waren drie verschillende mechanismen te onderscheiden. Ten eerste zou afleiding goed zijn voor de gezondheid van bewoners. De onzekere situatie waarin veel bewoners verkeren zou voor veel stress zorgen. Afleiding door activiteiten kan deze wat verlichten. Een medewerker van de jeugdgezondheidszorg van de GGD, werkzaam op een van de drie pilotlocaties, zag veel negatieve effecten van het gebrek aan activiteit op de locaties, ook voor kinderen.

> 'De GLO-opvang vind ik een ongezonde en onwenselijke vorm van opvang. Maar áls je dan kiest voor een GLO, zorg dan dat er beslist veel activiteiten zijn zoals waar deze pilot aan bijdroeg. Mag en kan er niets, dan creëer je wel een erg ongezond/ziek leefklimaat. Het lokt uit tot psychosociale problematiek, depressie en suïcidaliteit, negativiteit, criminaliteit, enz., wat een extra weerslag heeft op kinderen (medewerker jeugdgezondheidszorg GGD).'

Een tweede, verwant mechanisme is dat een verbetering van het welzijn, zoals besproken in de vorige paragraaf, ook direct bijdraagt aan een betere gezondheid.

> 'Voor het welzijn is het sowieso hartstikke positief. Daarom is het logisch om te denken dat het ook op de gezondheid, en vooral geestelijke gezondheid, een positief effect heeft. Dat is niet direct meetbaar, maar het kan niet anders dan dat wanneer je je beter voelt, dat dat een positief effect heeft (medewerker DT&V).'

Ten derde zijn er medewerkers die verwijzen naar het positieve effect van beweging op de gezondheid. Binnen de COA-activiteiten nam sport een belangrijke en zichtbare rol in, maar ook van een moestuin werd, via het mechanisme van beweging, een positief effect gezien op de gezondheid van de bewoners die in deze tuin werkten.
De medewerkers verschillen van mening in hun oordeel over (de sterkte van) de invloed van de pilot op de gezondheid van bewoners. Verschillende medewerkers en enkele zorgmedewerkers vertellen enthousiast over individuele bewoners wier gezondheid sterk is verbeterd door deelname aan (een van) de in het kader van de pilot georganiseerde activiteiten. Het gaat vooral om voorbeelden van verbetering van psychische en psychosomatische klachten, maar ook enkele gevallen van fysieke aandoeningen. In de indruk van de onderzoekers gaat het hier om een beperkt aantal 'succesverhalen' per locatie, verschillende geïnterviewden leken over dezelfde bewoners te spreken. Een medewerker uit Gilze twijfelt juist aan het

directe effect op zorggebruik en ziet van de pilot vooral een preventief effect uitgaan:

> 'De echte zorgbehoeftige bewoner bereik je bijna niet met activiteiten. Dat blijft een hele lastige. Mensen die doen blijven wel gezonder denk ik, dat het wel goed voor hen is. De bewoners die al ziek zijn en erg passief zijn bereik je nauwelijks of niet. Het aantal intensieve zorgtrajecten, voornamelijk bij de GGZ, is waarschijnlijk niet minder geworden, omdat dat mensen zijn die niet met de pilot bereikt worden. Wel zorg je ervoor dat de relatief gezonde mensen hier niet alsnog ook ziek worden (COA-medewerker Gilze).'

Deze medewerker koppelt de gezondheidseffecten aan het bereik van de georganiseerde activiteiten. Hierdoor verwacht zij geen directe daling van het zorggebruik maar mogelijk wel een gezondere populatie op de langere termijn. Andere medewerkers zijn hoopvoller over het bereiken van zorggebruikers, en verwachten dat dit op de langere termijn wel gaat lukken. Een medewerker van de DT&V heeft helemaal geen effect gezien op de gezondheid van bewoners:

> 'Interviewer: En zien jullie effect op de gezondheid, of het welzijn van mensen?
> Respondent: Nee, niet echt. De mensen waar ik mee gesproken heb, die bij mij in de caseload zitten, waren niet allemaal geestelijk labiel of ziek; en degene die dat wel was of is, is dat nog steeds. Maar het kan best zijn dat hij gedurende de opleiding minder vaak naar het GCA is geweest, dat weet ik niet (medewerker DT&V Den Helder).'

Specifiek voor de locatie Den Helder is dat verschillende COA-medewerkers aangeven dat er (veel) minder gebruik wordt gemaakt van medische zorg op de locatie sinds de invoering van de pilot. Het is echter onduidelijk in hoeverre dit samenhangt met de pilot, aangezien het GCA vrijwel gelijk met de introductie van de pilot is verhuisd. Het gezondheidscentrum is niet langer op de locatie zelf gevestigd, maar op enige (loop)afstand. Dit zou ook een extra drempel kunnen vormen voor bewoners.

6.3.3 Terugkeer

Het hoofddoel van de pilot, het bevorderen van terugkeer door activering, was volgens veel medewerkers ook het meest lastig te behalen doel. Veel medewerkers zeiden in de interviews vooraf al te twijfelen of dit doel zou worden gehaald.

> 'Dit had ik wel een beetje verwacht, dat mensen heel blij zouden worden van activering, dat het welzijn in ieder geval verbeterd zou worden, maar ik had ook niet verwacht dat mensen in de rij zouden staan bij het IOM. Dat is inherent aan de doelgroep. De resultaten die we hebben gezien, hebben wel voldaan aan mijn verwachtingen (pilotcoördinator DT&V).'

De meeste medewerkers en andere partijen waren het er dan ook over eens dat er (nog) geen sprake was van een toename van het aantal gevallen van zelfstandige terugkeer door de pilot. Slechts één medewerker dacht wel een toename in terugkeer te merken. Andere medewerkers zagen juist een averechts effect.

> 'Ik had de hoop dat mensen dusdanig geprikkeld worden dat ze daardoor weer een toekomst willen; dat ze uit de ligstand komen, die er op een gezinslocatie wel is, want er is niks, in mijn beleving althans, dat was mijn hoop.

> Interviewer: En merk je daar iets van?
> Respondent: Nee, eigenlijk niet; ik heb een gezin uit [land van herkomst], die hebben een opleiding gedaan; dat hebben ze beide fantastisch gedaan, en die groep was bijzonder gemotiveerd, alles was positief. En daarna sprak ik ze weer, maar over terugkeer absoluut niet; ze dienen nu een herhaalde asielaanvraag in. Dat is het compleet tegenovergestelde van wat je wilt bereiken (medewerker DT&V).'

De bewoners in dit voorbeeld waren dus wel geactiveerd, maar dat leidde niet tot terugkeer. Enkele medewerkers waren daarnaast ook bang dat de in het kader van activering ontwikkelde activiteiten, zoals de cursussen die in het Nederlands werden gegeven, juist voor meer worteling in Nederland zouden zorgen en daarmee voor minder terugkeerbereidheid bij bewoners.
Medewerkers gaven in de interviews verschillende verklaringen voor het gebrek aan resultaat op het gebied van terugkeer. Een eerste, veelgenoemde verklaring was dat het nog te vroeg was om effect te kunnen zien. Zij vonden dat het proces van activering meer tijd nodig heeft om daadwerkelijk tot terugkeer te leiden. Activering werd beschreven als een eerste stap, een aanzet, waarna mensen zelf verdere stappen moeten gaan zetten:

> 'Het positieve van de activiteiten is dat mensen bezig zijn. Wat je een beetje merkt is dat mensen omdat ze bezig zijn er anders in staan, vrolijker zijn, meer energie hebben. Ik hoop zelf, want het is nu nog niet, dat zoiets straks kan leiden tot het later zetten van stappen. Want ik geloof ook, dat als mensen wegzakken in dat waarin ze zaten, niks meer doen, ze ook niet komen tot het zetten van stappen. Het maakt wat mij betreft niet uit of dat dan per se terugkeer is, of ..., dat ze regie nemen over hun eigen leven. Ze laten het over zich heen komen, ze laten het gebeuren. Ik zie wel veel mensen bezig, ook jongeren. Ik denk dat het nog te vroeg is om te zeggen of het effect heeft op terugkeer, dat laten mensen nog niet zien (medewerker DT&V Burgum).'

Een tweede verklaring is dat bewoners door de pilot wel worden geactiveerd, en meer de regie in eigen handen nemen maar daardoor niet noodzakelijkerwijs sneller voor terugkeer kiezen.

> 'Activeren is prima, denk ik, maar is niet direct verbonden met stappen zetten, dat het makkelijker is stappen te zetten voor terugkeer. Ook omdat er geen voorwaarde aan zit. We zeggen niet 'als je deelneemt aan iets, dan gaan we ook kijken, dit doe je nu, en dat is het voortraject dat je daadwerkelijk terugkeert; dan geven we je deze opleiding mee, ga je aan die activiteiten mee doen, en daarna gaan we dan echt terugkeer in werking zetten'. Het is daarin vrijblijvend. Ik merk niet dat mensen eerder weg willen, dat ze zeggen 'ik durf nu, ik wil nu'; meer dat mensen, een aantal mensen van mijn caseload, die een opleiding hebben gevolgd, zeggen 'ik heb een opleiding gedaan; ik ga niet terugkeren, ik ga gewoon niet, punt' (medewerker DT&V Burgum)'

Een COA-medewerker zag het dan ook als een belangrijk vereiste voor de effectiviteit van activering dat bewoners al een beslissing over terugkeer hadden genomen:

> 'Ten aanzien van vertrek is het moeilijker om iets over verwachte effecten van activering te zeggen, aangezien mensen zelf de knop om moeten zetten. Op het moment dat de knop om is, is activering een heel goed middel om mensen verder

te helpen. Ik weet niet wat eerst komt. Er moet een intrinsieke motivatie zijn om te vertrekken (COA-medewerker Burgum).'

Een derde verklaring die door geïnterviewde medewerkers wordt gegeven is dat andere factoren dan activering of passiviteit veel belangrijker zijn bij het al dan niet terugkeren van bewoners. Door verschillende medewerkers werden bijvoorbeeld lopende procedures, en met name het kinderpardon, als een belangrijke remmende factor gezien. Andere bewoners op de gezinslocatie spelen daarbij volgens de geïnterviewden een belangrijke rol.

'De druk van de DT&V ook; de stok en de wortel, druk van de DT&V is bepalend. Als je mensen steeds maar lastig valt en uitnodigt, je bent uitgeprocedeerd, wanneer ga je terug, dat sorteert ook effect op het besluit van terugkeer. Ik heb een [nationaliteit] gehad, een vrouw, die was van plan terug te gaan, maar op enig moment is ze via een advocaat in beroep gegaan, en heeft ze een verblijfsvergunning gekregen. Dat was enorm nieuws in [gezinslocatie]: andere mensen gingen ook moeite doen om in beroep te gaan. Ze gaan niet denken aan terugkeer. Dat heeft invloed op terugkeer (medewerker IOM).'

Wat hierbij volgens sommige medewerkers een belangrijke rol speelde is dat gezinslocaties een specifieke populatie hebben, waarbij veel weerstand bestaat tegen terugkeer. Op de gezinslocaties wonen veel bewoners uit zogenoemde 'moeilijke landen', waar weinig mensen naar terugkeren. Volgens een IOM-medewerker, actief op een van de pilotlocaties, hebben bewoners uit deze landen veel geïnvesteerd om naar Nederland te komen, en zouden daarom moeilijker terug gaan. Het geld dat zij eventueel kunnen krijgen bij terugkeer weegt dan niet op tegen de gemaakte materiële en immateriële kosten:

'Ik zeg maar wat, een Eritreër gaat naar Soedan, heeft ie 3.000-4.000 dollar voor betaald. Dan gaat hij van Soedan naar Libië, daar moet je ook betalen, In Libië hebben ze veel problemen ondervonden, soms verkrachting, een ellendige situatie. Vandaar, vanuit Libië oversteken naar Lampedusa, in Italië. Zo hebben ze heel veel moeite gedaan, financieel en fysiek, het is niet makkelijk zomaar terug te gaan, terwijl een gezin uit Mongolië komt via Hongarije, weet ik veel, betaalt misschien € 1.500 (medewerker IOM).'

'De gezinslocatie is ook ingezet met het idee mensen zo min mogelijk middelen te geven, in de hoop dat die knop om gaat, maar die knop gaat in die situatie ook niet om. Want een Afghaans gezin zegt tegen mij: 'moet je eens luisteren: ik heb het hier altijd nog beter dan in Afghanistan, kinderen kunnen naar school, vrouwen kunnen vrij rondlopen, geen gevaar voor uithuwelijken, dus op zich zit ik hier wel goed'. Dus dat alleen is niet voldoende om te zeggen: die knop gaat om. Misschien dat activering uiteindelijk wel zou kunnen, maar dan moet het project nog wat langer doorlopen (medewerker DT&V Burgum).'

Deze DT&V-medewerker noemt dus vooral de leefomstandigheden in het land van herkomst in vergelijking met die op de gezinslocatie als factor. Ook de veiligheid in de herkomstlanden speelt hierbij volgens enkele geïnterviewde medewerkers een rol.

'Als we nu kijken naar de situatie waarin we wereldwijd zitten, je hoeft maar naar de televisie te kijken en je ziet dat ze met tienduizenden gelijk deze kant op komen. Dat is ook niet echt stimulerend als je aan bewoners hier moet vertellen

> dat het best goed gaat in het land van herkomst en dat men best terug kan. De hele wereld staat in brand. Het is niet makkelijk om mensen terug te krijgen. De bewoners hier komen uit de brandhaarden van de wereld. Er zitten niet veel bewoners uit een land waarvan je zegt “daar ga ik op vakantie”. Bewoners grijpen elke aanslag of verslechtering in de situatie in het land van herkomst aan om te verzekeren dat ze echt niet terug kunnen (COA-medewerker Gilze).’

Invloed op de eigen werkzaamheden
Tot slot noemden geïnterviewde medewerkers ook een aantal gevolgen van de pilot voor hun eigen werkzaamheden. Zij vertelden het bijvoorbeeld als prettig te ervaren dat zij bewoners nu ook ‘iets te bieden hebben’, en zijn enthousiast over het plezier van de bewoners. Verschillende medewerkers meldden dat gesprekken met bewoners sinds de pilot anders verlopen. Een DT&V medewerker vertelde:

> ‘Want met de soberheid waarmee van start is gegaan valt weinig effect te verwachten in meewerkendheid van mensen en een gesprek willen voeren met jou aan tafel. Die bereidheid is er nauwelijks. Dan gaat men zitten omdat ze daar moeten zitten. Ze laten over zich heenkomen wat er besproken moet worden en nu is het prettig dat je met mensen over leuke dingen kunt spreken. Die je hebt kunnen stimuleren. Dat zijn positieve bij-effecten. Dat mensen zeggen: ‘het was altijd negatief, mijn gevoel bij de DT&V, maar dit is zo leuk!’ Dat is wel heel positief (medewerker DT&V Gilze).’

Ook COA-medewerkers noemden een positieve invloed van de pilot op hun werk.

> ‘Omdat het weer kan, omdat het een thema is. In dat opzicht heeft het effect op de medewerkers. Voor ons is het werk weer leuker geworden. Vrolijke mensen om ons heen maakt ons werk beter. Minder stress, minder calamiteiten, minder zwaarmoedige gesprekken is voor ons ook alleen maar leuker. Zo simpel is het natuurlijk ook. Hoe beter het gaat met de bewoners hoe leuker onze job is (COA-medewerker Burgum).’

Mensen die al langer in dienst zijn van het COA zeggen regelmatig de pilot als een breuk met het verleden te ervaren, waarin er steeds meer op activering werd bezuinigd en er ‘niets meer mocht’. Een locatiemanager vertelde:

> ‘Je merkte wel een soort nieuwe energie, van “o, ja, we gaan weer leuke dingen doen met de bewoners”, in plaats van alleen “u wordt geacht terug te gaan, niet toelaten is terugkeren”. Zeker op een gezinslocatie: je moet vaak “nee” verkopen. Vrijheidsbeperkende maatregel, soberder regime, volwassen bewoners krijgen iets minder geld, veel dingen konden niet. Medewerkers vonden het wel heel erg prettig, dat er weer dingen wel konden. En dat was ook weer wennen, van hoe activeer je bewoners in houding en gedrag, van de medewerkers zelf, welke tools gebruik je en zet je in. Dat vergde een omslag van de medewerkers in de benadering van de bewoners. Van het bewustzijn “o ja, je kunt ze ook stimuleren om zelf dingen te gaan doen” in plaats van “nee kan niet”.’ (Locatiemanager).

Eén geïnterviewde vroeg ook aandacht voor de belasting die de pilot vormde voor de organisatie:

> ‘En ik denk dat je qua capaciteit wel merkt dat het een enorme wissel heeft getrokken op onze collega’s op de gezinslocaties; er komt veel bij kijken, het

> organiseren van zo'n informatiebijeenkomst, het mensen benaderen voor het inschrijven; ze hebben het met veel liefde gedaan, maar het heeft veel energie en tijd gekost; als je het echt structureel wilt inbedden, moet je als leermoment voor de organisatie daar wel een goede vorm voor vinden. Het is niet iets wat je er zomaar bij doet (medewerker DT&V).'

6.4 Uitbreiding en verbetering pilot

Tot slot is de geïnterviewden gevraagd om suggesties te doen voor uitbreiding of verbetering van de pilot. Veel geïnterviewden waren enthousiast over de pilot en wilden graag dat activering op de gezinslocaties werd voortgezet en uitgebreid naar andere locaties. Verschillende geïnterviewden vonden het een nadeel dat er was gekozen voor de vorm van een pilot, waardoor in relatief korte termijn veel activiteiten zijn georganiseerd die daarna weer wegvallen. Een COA-medewerker pleitte niet alleen voor het uitbreiden naar andere gezinslocaties, maar ook voor het in een veel eerder opvangstadium inzetten van activering:

> 'Het is goed deze mensen in beweging te houden. Wel vind ik, en dat heb ik al geloof ik vorige keer ook al gezegd, an sich vind ik dat ik de mensen op gezinslocatie moet activeren, bezopen. Als we erover nadenken, dat de kortste afstand die onze bewoners hebben afgelegd 2000 kilometer is. Daar vlak voor was er de beslissing alles wat ze hadden, achter te laten, familie, bezittingen, de situatie, en dan een reis van 2000 km, dan ben je volgens mij bij aankomst redelijk actief. Dat je dan drie, vier of vijf jaar later weer moet gaan activeren, betekent dat we ergens een slag gemist hebben, volgens mij (COA-medewerker Burgum).'

Andere medewerkers, met name van de DT&V, waren wel positief over activeren, maar vonden de pilot in de huidige vorm nog onvoldoende effectief op het gebied van terugkeer. Een DT&V-medewerker beschreef het verschil dat zij daarbij ook in de samenwerking met het COA bemerkte:

> 'Als ik overleg heb met een COA collega, merk ik ook dat we daarin verschillen. Als hij zegt 'de pilot is geslaagd, veel mensen zijn actief, en gaan minder naar de dokter, omdat mensen weer in beweging zijn', daar volg ik hem in. Maar ik denk wel dat als er een vervolg aan gegeven wordt, de toekomst meer in beeld moet; want je kunt wel heel leuk cursussen geven, zwemlessen, hockey, en weet ik wat ze allemaal doen, maar als het daarbij blijft dan heb je nog niet die link van: 'OK, welke stappen moet ik nu zetten; als ik hier niet kan blijven wat moet ik dan doen? Het is belangrijk dat die link er meer zou zijn' (DT&V-medewerker Burgum).'

Verschillende DT&V-medewerkers pleitten daarom voor een koerswijziging. Bij een eventuele voortzetting van een cursusaanbod in het kader van activering op de gezinslocaties zou meer voorwaardelijk moeten worden gewerkt.

> 'Nu is alles vrij vrijblijvend geweest, we hebben niet gezegd dat je per se de intentie moet hebben terug te keren om een opleiding te volgen. Dat zou je in een vervolg wel kunnen doen. Je zou kunnen zeggen alleen als beleid: alleen als deze opleiding iets gaat toevoegen aan je toekomstplannen, gaan we het voor je regelen (medewerker DT&V).'

Bovendien zouden de bewoners daarbij minder moeten worden ondersteund in, bijvoorbeeld, kinderopvang. Twee medewerkers van DT&V die waren betrokken bij het organiseren van de opleidingen zeiden hierover:

> 'Respondent 1. Nou de kinderopvang, dat zou ik niet meer aanbieden. Ik zou zeggen: 'als je dit echt wilt, moet je ook zelf zorgen dat je dat geregeld hebt'.
> Respondent 2. In feite is dat een stukje empowerment. Dat is wel... je wilt mensen in hun kracht zetten, maar als je te veel gaat faciliteren, pamperen, is het is de vraag of dat niet tegenstrijdig is (medewerkers DT&V).'

Ook een medewerker van Solid Road, een organisatie die een deel van de cursusprogramma's aanbood, steunde een aanpak waarbij alleen mensen die bereid zijn terug te keren een cursus krijgen aangeboden:

> 'Ik denk dat er zo weinig mensen zijn teruggegaan omdat het mensen zijn die misschien nog niet zo ver zijn om met terugkeer aan de slag te gaan. […] Als ik terug kijk naar de deelnemers, zeker bij de training grafisch ontwerpen en webdesign, kan ik achteraf zeggen dat er mensen waren, waarvan je van te voren had kunnen zeggen: die gaan niet terug. […]. Ik denk dat het beter is om het om te draaien: niet te zeggen 'we gaan een relevante training aanbieden, kijken wie er op af komen, dus zijn dat de mensen die aan terugkeer willen werken; ik weet niet of dat de redenering was, maar daar het leek het een beetje op; maar dat je het omdraait: dat je kijkt welke mensen er misschien over twijfelen, die een klein zetje nodig hebben. Dat weten de regievoerders heel erg goed: die en die hebben misschien net die motivatie nodig of dat perspectief, en dan kijken welke training zou dan bij die mensen passen (medewerker Solid Road).'

In de rest van het interview pleitte deze medewerker dan ook voor een meer individueel traject, uitgaande van de ervaring en vraag van de individuele bewoner. Ook een aantal COA-medewerkers waren voorstander van meer maatwerk, al was dit niet direct verbonden met terugkeerbereidheid. Zij stelden voor om meer vraaggestuurd te werken.

> 'Op dit moment is het nog wel erg aanbodgericht, hoewel het wel gebaseerd is op wat bewoners [in een enquête] hebben aangegeven en zouden willen. Maar eigenlijk zou activering moeten zijn dat er een bepaalde vraag is en dat dan gekeken wordt hoe dat geregeld kan worden. Maar dat zou een volgende stap zijn (COA-medewerker Burgum).'

Daarnaast noemden veel medewerkers verbeterpunten binnen de organisatie. Zo zou activering nog beter ingebed kunnen worden in verschillende teams van het COA, en zouden meer medewerkers erbij betrokken kunnen worden. Ook het verbeteren van de interne communicatie en de samenwerking tussen de DT&V en het COA werden genoemd. Een organisatorische les die met name door medewerkers van de gezinslocatie Den Helder is getrokken is het belang van het in eigen beheer laten uitvoeren van activiteiten, omdat de samenwerking met externe partijen niet altijd goed verliep.
Ook inhoudelijk zijn er enkele verbeterpunten genoemd. Zo vragen verschillende medewerkers om meer aandacht voor vrijwilligerswerk. Daarnaast speelt vooral voor DT&V medewerkers de link met terugkeer in alle activiteiten. Een zorg daarbij is worteling van gezinslocatiebewoners in Nederland door activering.

> ‘Als je er mee door gaat, hoe voorkom je, of hoe bewaak je, dat die mensen zich volledig wortelen in deze maatschappij en niet dat stuk hebben naar als de toekomst niet hier ligt. Dat punt moet meegenomen worden. Activiteiten, prima, opleiding, prima, maar we moeten wel kijken, vanuit COA, welke organisatie dan ook, blijven kijken naar wat is de realiteit, waar staan ze eigenlijk. Want uiteindelijk hebben de mensen daar het meeste aan, dat je eerlijk bent. Dat je zegt ‘je kunt wel een opleiding volgen maar..’. Ik denk dat de toekomst meer aan bod moet zijn, het moet meer bespreekbaar zijn ‘goh, als die nou niet hier ligt, hoe ga je dat aanpakken’’ (medewerker DT&V Burgum).’

Met betrekking tot de T-room bestond er tenslotte twijfel over de effectiviteit. Er werd volgens de medewerkers weinig gebruik van gemaakt:

> ‘De T-room is er nu, ik vind dat je die moet houden. Achteraf weet ik niet of je die ruimte zo had moeten maken (medewerker DT&V Den Helder).’

Wanneer medewerkers spraken over het uitbreiden van de pilot naar andere locaties ging het vooral om de cursussen (DT&V en COA) en recreatieve activiteiten. Geen van de geïnterviewde medewerkers heeft geopperd om op andere gezinslocaties ook een T-room in te richten.

6.5 Conclusie

De meeste geïnterviewde medewerkers zijn positief over activering op de gezinslocatie. Zij herkennen het beeld dat door de ACVZ in het advies ‘verloren tijd’ is geschetst en zien de noodzaak van activering. Uit de interviews met medewerkers blijken soms verschillen tussen het COA en de DT&V, zoals deze ook in hoofdstuk twee duidelijk worden. Deze verschillen komen voort uit de verschillende taakstellingen van de organisaties. Waar het COA zich meer op het welzijn van bewoners en de beheersbaarheid richt, staat voor de DT&V terugkeer voorop. Deze focus heeft ook gevolgen voor de betrokkenheid bij en de beoordeling van de pilot door individuele medewerkers. Diverse medewerkers geloven een positief effect te zien op het welzijn en de gezondheid van bewoners en verschillende medewerkers noemen voorbeelden van individuele succesverhalen van bewoners. Ook op de eigen werkzaamheden heeft de pilot volgens medewerkers een positieve invloed gehad.
De meeste geïnterviewde medewerkers zijn het er echter over eens dat er (nog) geen invloed is te zien van de pilot op het zelfstandig vertrek van bewoners, het hoofddoel van deze pilot. Zij noemen daarvoor verschillende redenen. Zo zou het nog te vroeg zijn om dit effect te kunnen zien, zeker gezien de ‘moeilijke’ populatie op deze drie gezinslocaties. Een tweede verklaring is dat bewoners wel geactiveerd zouden zijn, maar dat dit niet doorwerkt in terugkeer. Een enkele medewerker ziet zelfs een tegengesteld effect, geactiveerde bewoners zouden zich meer wortelen.
Tot slot wordt er door medewerkers op gewezen dat terugkeer een complex proces is, waarbij passiviteit dan wel geactiveerd zijn maar een kleine rol speelt. De mogelijke invloed van activering op terugkeer is in deze interpretatie dan ook beperkt.
In de suggesties die medewerkers voor uitbreiding of verbetering van de pilot hebben gedaan komt bij DT&V medewerkers met name de intentie naar boven om in een eventueel vervolg de link met terugkeer (nog) duidelijker te maken en terugkeerbereidheid van bewoners een voorwaarde te maken voor deelname aan opleidingen. Deze benadering wijkt duidelijk af van de aanpak van de huidige pilot, waarbij ter activering aan bewoners vrijblijvend cursussen en activiteiten worden aangeboden.

7 Conclusies

Deze rapportage betreft de evaluatie van de pilot Activeren bewoners gezinslocaties. In de gezinslocaties wordt onderdak geboden aan gezinnen die geen recht meer hebben op opvang in een AZC. Aanleiding voor de pilot was het ACVZ-advies Verloren Tijd (2013), waarin werd geconstateerd dat er in de asielopvang en onderdakvoorzieningen te weinig te doen is voor vluchtelingen. Het gebrek aan dagbesteding zou de gezondheid van bewoners ondermijnen en leiden tot een proces van hospitalisatie, passiviteit en depressie.
Hoofddoel van de pilot is het bevorderen van zelfstandige terugkeer van bewoners van gezinslocaties naar het land van herkomst. Daarnaast zou activering het welzijn van de bewoners op een positieve manier beïnvloeden, waardoor het beroep op medische voorzieningen zou afnemen.
In dit concluderende hoofdstuk passeren aan de hand van de centrale onderzoeksvragen de belangrijkste bevindingen de revue.

7.1 Bevindingen

1 Welke veronderstellingen liggen ten grondslag aan de pilot?

Aanname vooraf is geweest dat bewoners van de gezinslocaties kunnen hospitaliseren en daarom ge(re)activeerd zouden moeten worden, teneinde hun gezondheid en welzijn te verbeteren, de zorgkosten te verlagen en de terugkeer naar het land van herkomst te bevorderen. Uit de analyse van interviews en beleidsstukken kwamen drie veronderstelde werkzame mechanismen naar voren. Door activiteiten aan te bieden zouden bewoners actiever worden zodat zij meer de regie over hun eigen leven kunnen nemen en hun welbevinden zou worden verbeterd, wat allebei terugkeer zou stimuleren. Daarnaast zou het beschikbaar stellen van informatie over het land van herkomst tot meer terugkeer leiden.
Deze drie mechanismen zijn vervolgens getoetst aan nationale en internationale literatuur over activering. Hieruit bleek ten eerste dat een van de centrale concepten binnen de pilot, het concept hospitalisatie, in de wetenschappelijke literatuur onderwerp van discussie is. Hoewel verveling en passiviteit kunnen voorkomen bij mensen die langdurig weinig mogelijkheden hebben om actief te zijn en dit negatieve gevolgen voor de gezondheid kan hebben, is er geen consensus over de oorzaken van hospitalisatie. Omdat er maar zeer beperkt onderzoek is gedaan naar programma's die hospitalisatie en inactiviteit tegen zouden moeten gaan, is het niet mogelijk om op basis van de literatuur uitspraken te doen over de te verwachten effectiviteit van de pilot.
De pilot heeft verschillende overeenkomsten met beleid dat gericht is op sociale activering, empowerment of (arbeidsmarkt) participatie. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van dergelijke activeringsprogramma's. Hoewel er aanwijzingen zijn dat activiteiten gericht op activering van asielzoekers door hen en door medewerkers als positief worden ervaren en dat participatie, de zelfwaardering en het welbevinden van de asielzoekers verbeteren, zijn ook hier geen effectstudies uitgevoerd. Effectstudies van activeringsprogramma's bij verschillende andere doelgroepen, vooral op het gebied van gezondheid, laten wel effecten zien. Vooral activeringsprogramma's voor specifieke patiëntengroepen en sportprogramma's bleken te leiden tot verbetering van de fysieke en psychische gezondheid. Omdat de

pilot een andere opzet kent dan de onderzochte programma's is het onduidelijk in hoeverre deze effecten ook voor de bewoners van gezinslocaties gelden.
Uit Nederlandse studies naar zelfstandige terugkeer wordt niet duidelijk in hoeverre hospitalisatie en activering een rol spelen. Gezondheid lijkt een belangrijke factor bij zelfstandige terugkeer, maar over de invloed van een goede of juist een slechte gezondheid zijn de bevindingen niet eenduidig. Door het verbeteren van de gezondheid van bewoners van gezinslocaties zou de pilot dus mogelijk indirect bij kunnen dragen aan een grotere terugkeerbereidheid, maar ook een tegengestelde werking is denkbaar.
Een derde doelstelling van de pilot is dat deze zou moeten bijdragen aan het verlagen van de zorgkosten. Uit onderzoek, waarbij is gekeken naar het aantal *contacten* met artsen of paramedici blijkt echter dat asielzoekers gedurende hun tijd in het AZC minder dan gemiddeld gebruikmaken van de zorg, ondanks dat zij meer gezondheidsklachten hebben dan de gemiddelde Nederlander. Mochten deze onderzoeksresultaten ook van toepassing zijn op bewoners van gezinslocaties, dan is het onwaarschijnlijk dat de kosten verder verlaagd kunnen worden door het verbeteren van de gezondheid van bewoners. Meer activering zou op korte termijn zelfs tot meer zorggebruik en daarmee tot hogere gezondheidskosten kunnen leiden, wanneer bewoners actiever worden en daardoor meer zorg gaan vragen voor hun bestaande problemen.

2 Hoe is de pilot geïmplementeerd?

De pilot is vrij snel na de bekendmaking van start gegaan. De uitvoering van de pilot lag bij de twee uitvoeringsorganisaties werkzaam op de gezinslocaties, het COA en de DT&V. De bijdrage van de DT&V bestond uit korte cursussen en vakopleidingen, en de terugkeerruimtes, de zogenoemde T-rooms. Bij het COA lag de nadruk vooral op recreatieve activiteiten en activiteitenbegeleiding, waarbij ook enkele cursussen werden aangeboden.
Het is over het algemeen gelukt om de bewoners te bereiken met het activeringsprogramma. Iets meer dan de helft van alle volwassen bewoners heeft aan een of meer activiteiten deelgenomen. Tussen de pilotlocaties bestaan wel grote verschillen in de deelnemerspercentages. Verder is gebleken dat meer vrouwen wel dan niet meedoen aan activiteiten; voor mannen geldt het omgekeerde. In het bijzonder voor de vakopleidingen was grote belangstelling. De belangstelling voor de recreatieve activiteiten was wisselend en fluctueerde soms gedurende de loop van de activiteit.
De belangrijkste reden voor bewoners om deel te nemen aan activiteiten was het zoeken van afleiding of de behoefte om actief te zijn. Gezondheidsklachten hadden een minder eenduidige betekenis, voor sommige mensen vormden deze een belemmering, voor andere juist een stimulans om bijvoorbeeld te gaan bewegen. Tijdgebrek door zorg voor kinderen was een reden voor sommige bewoners om niet mee te doen aan activiteiten of opleidingen, ook al hadden zij dat wel graag gewild. Andere bewoners waren niet (langer) gemotiveerd om dingen te doen, zij legden vaak een verband met het verlies van hoop, bijvoorbeeld na de zoveelste negatieve beslissing in hun asielprocedure.
Ook door medewerkers werden een gebrek aan kinderopvangmogelijkheden, gezondheidsklachten en psychische klachten als belemmeringen genoemd. Ook de taalbarrière en andere bezigheden en taken, zoals in het kader van zelfwerkzaamheid speelden volgens hen een beperkende rol. Enkele medewerkers plaatsten daarbij wel de kanttekening dat bewoners soms ook belang hebben bij ziekte in verband met hun procedure, bijvoorbeeld voor een aanvraag uitstel vertrek van-

wege medische redenen.[88] Tot slot merkten medewerkers op dat het imago van de DT&V voor sommige bewoners een drempel kon zijn om aan door de DT&V georganiseerde activiteiten mee te doen.
De door bewoners en medewerkers genoemde belemmeringen op het gebied van kinderopvang waren niet terug te zien in de deelnamecijfers: alleenstaande ouders en bewoners met jonge kinderen deden relatief vaker mee aan activiteiten dan ouders uit gezinnen met meerdere volwassenen of gezinnen met oudere kinderen. Het is natuurlijk mogelijk dat ouders door gebrek aan kinderopvangmogelijkheden beperkter aan activiteiten hebben deelgenomen dan zij hadden gewild door bijvoorbeeld alleen voor activiteiten te kiezen waarbij zij de kinderen mee konden nemen. Er waren helaas onvoldoende gegevens bekend over de aanwezigheid van kinderen bij activiteiten om dit na te kunnen gaan.

3 Hoe ervaren bewoners en uitvoerders de pilotactiviteiten?

De bevindingen uit de bewonersinterviews en de medewerkersinterviews bevestigen het beeld dat door de ACVZ wordt geschetst in het advies Verloren tijd. Het leven op de gezinslocatie wordt gekenmerkt door eentonigheid en veel bewoners vervelen zich. Vooral bewoners met oudere kinderen hebben overdag weinig te doen, maar zelfs ouders die erg druk zijn met zorgtaken kunnen zich door de eentonigheid toch vervelen. Bewoners missen op de gezinslocatie een zinvolle dagbesteding en de mogelijkheid in hun eigen levensonderhoud te voorzien. Dit geldt in het bijzonder voor kinderloze jongvolwassenen die met hun ouders op de gezinslocatie verblijven vanwege een jongere broer of zus.
Het toegenomen aantal activiteiten door de pilot werd over het algemeen dan ook op prijs gesteld door de geïnterviewde bewoners. Zij zagen vooral graag nuttige activiteiten, waarbij bijvoorbeeld nieuwe vaardigheden konden worden geleerd.
Ook de medewerkers waren over het algemeen erg enthousiast over de pilot. Hierbij blijken soms verschillen tussen het COA en de DT&V, mogelijk voortkomend uit de verschillende taakstellingen van de organisaties. Waar het COA zich meer op het welzijn van bewoners en de beheersbaarheid richt, staat voor de DT&V terugkeer voorop. COA-medewerkers lijken over het algemeen wat positiever over de pilot dan medewerkers van de DT&V. Bovendien legden COA-medewerkers meer de nadruk op de preventieve werking van activering. Verschillende COA-medewerkers pleitten dan ook voor meer activering in eerdere fases van de opvang om de gezondheidsproblemen zoals deze zich bij bewoners op de gezinslocaties voordoen te voorkomen.
Medewerkers ervoeren daarnaast ook effecten van de pilot op hun eigen werkzaamheden. Zij zagen positieve verschillen in de omgang met bewoners en vonden het prettig om bewoners meer dagbestedingsmogelijkheden te kunnen bieden. Tegelijkertijd vormde de pilot voor sommige medewerkers een behoorlijke tijdsbelasting, zeker wanneer deze naast de bestaande werkzaamheden moest worden uitgevoerd.

4 In hoeverre sluiten ervaringen van bewoners en uitvoerders aan bij de gestelde doelen?

Sommige bewoners vertonen kenmerken van hospitalisatie. Medewerkers maken in de interviews melding van bewoners die teruggetrokken, apathisch of initiatiefloos gedrag vertoonden. Bij gebrek aan een zinvolle dagbesteding deden veel van de geïnterviewde bewoners weinig op een dag. Enkele bewoners vertelden ook over hoe zij zich terugtrokken en minder geïnteresseerd waren in wat er om hen heen

[88] De artikel 64 Vw procedure.

gebeurde, bijvoorbeeld na slecht nieuws over een procedure. Van weerstand tegen het verlaten van de instelling lijkt bij de geïnterviewde bewoners echter geen sprake, in veel interviews kwam de wens naar een eigen woonruimte, weg van de locatie ter sprake.
Veel bewoners hebben psychische klachten, waarvan teruggetrokkenheid, initiatiefloosheid en apathie ook symptomen kunnen zijn. Bewoners verbinden deze klachten vaak met de nadruk die binnen de gezinslocatie ligt op terugkeer, bijvoorbeeld door de gesprekken met de DT&V of het getuige zijn van het uitzetten van andere bewoners. De gezinslocatie wordt daarnaast beleefd als een stressvolle omgeving, omdat er veel mensen dicht op elkaar wonen, van wie veel met psychische problemen. Deze leefomstandigheden hebben volgens geïnterviewde bewoners, medewerkers en zorgorganisaties ook negatieve gevolgen voor de kinderen op de gezinslocatie. Ook inactiviteit of verveling worden door bewoners soms als veroorzaker van klachten gezien. Het is dus niet waarschijnlijk dat de klachten van bewoners uitsluitend kunnen worden toegeschreven aan hospitalisatie als gevolg van het verblijf in een totale institutie. Waarschijnlijk spelen zowel de achtergronden van bewoners (nationaliteit, vluchtgeschiedenis en lichamelijke en psychische gezondheid voor aanvang van het verblijf), en leefomstandigheden op de gezinslocatie, als het gebrek aan zinvolle dagbesteding en de nadruk op terugkeer een rol.

Het *eerste in de beleidsstukken veronderstelde mechanisme*, dat bewoners door actiever te worden meer de regie over hun eigen leven zouden kunnen nemen, wat tot meer terugkeer zou moeten leiden, wordt in het onderzoek niet bevestigd. Uit de interviews met bewoners wordt duidelijk dat het voor veel van hen moeilijk is om toekomstplannen te maken. Zij missen de stabiliteit en zekerheid die zij nodig hebben om zich te oriënteren op een toekomst in het land van herkomst dan wel in Nederland, laat staan om concrete stappen te zetten om hun plannen te verwezenlijken. Uit de interviews met bewoners blijkt niet dat activering door middel van opleidingen of recreatieve activiteiten kan bijdragen aan terugkeer. Medewerkers zien dat veel bewoners door de pilot actiever zijn geworden. Dit lijkt volgens de medewerkers echter niet tot meer terugkeer te leiden.
Het *tweede veronderstelde mechanisme*, dat activering tot een verbetering van welzijn en gezondheid – en daarmee tot meer terugkeer – zou leiden werd door bewoners en medewerkers deels bevestigd. Veel medewerkers zien een positief effect op het welzijn en de gezondheid van bewoners en verschillende medewerkers noemden individuele succesverhalen van bewoners die zich door activering beter waren gaan voelen, en in enkele gevallen ook minder gebruikmaakten van gezondheidszorg. Ook sommige geïnterviewde bewoners ervaren een verbetering van stress- en spanninggerelateerde gezondheidsklachten door de afleiding van pilotactiviteiten. Het deelnemen aan activiteiten geeft hun rust en de mogelijkheid hun zorgen even los te laten. Activering zoals in de pilot lijkt dus op basis van de ervaringen van medewerkers en bewoners het welzijn van sommige bewoners te kunnen verbeteren.
De meeste geïnterviewde medewerkers zijn het er echter over eens dat er (nog) geen invloed is te zien van dit verbeterde welzijn op het zelfstandig vertrek van bewoners, het hoofddoel van deze pilot. Zij noemen daarvoor verschillende redenen. Zo zou het nog te vroeg zijn om dit effect te kunnen zien, zeker gezien de 'moeilijke' populatie op de gezinslocaties en de vertragingen bij het van start gaan van de pilot. Een tweede verklaring is dat bewoners wel geactiveerd zouden zijn, gezien ook de (relatieve) succesverhalen over gezondheid en welzijn, maar dat dit niet resulteert in meer zelfstandige terugkeer. Een enkele medewerker ziet zelfs een tegengesteld effect: geactiveerde bewoners zouden zich meer 'wortelen' in Nederland en daardoor minder snel vertrekken. Tot slot wordt er door medewerkers

op gewezen dat terugkeer een complex proces is, waarbij een passieve dan wel actievere houding maar een kleine rol speelt. De mogelijke invloed van activering op terugkeer is dan ook beperkt.
Voor *het derde mechanisme*, dat het verstrekken van informatie over het land van herkomst zou leiden tot meer terugkeer, zijn in de interviews geen aanwijzingen gevonden. In de interviews met bewoners kwam naar voren dat informatie uit het land van herkomst – al dan niet verkregen in de terugkeerruimten – de zorgen van sommige bewoners over terugkeer naar het land van herkomst juist voedde. Zo vertelden verschillende geïnterviewde bewoners over hun angsten naar aanleiding van berichtgeving over hun herkomstland, zoals de opmars van IS in Irak of de moord op een vrouw in Afghanistan. Het is dan ook de vraag in hoeverre het beschikbaar stellen van informatie, zoals dat in de T-rooms gebeurt, bij kan dragen aan het wegnemen van deze drempel voor terugkeer. Daar komt bij dat deze ruimtes slechts weinig bezoekers trekken. Slechts een enkele geïnterviewde bewoner gaf aan daar vaker dan eenmaal (zelfstandig) te zijn geweest. Bewoners waren weinig geïnteresseerd in het aanbod, vertrouwden de informatie niet of waren bang dat de DT&V zou volgen wat zij op de computers in de T-room deden. Ook hadden bewoners buiten de terugkeerruimten voldoende toegang tot het internet.

7.2 Beperkingen van het onderzoek

Door de aanzienlijke verschillen tussen de locaties in de samenstelling van de bewonersgroep, is het niet mogelijk om de effecten van de pilot op de uitstroom te meten door pilotlocaties met niet-pilotlocaties te vergelijken. Ook omdat er niet alleen op pilot-locaties maar ook op de andere gezinslocaties aan activering wordt gedaan én omdat er geen voormetingen beschikbaar zijn, kan in dit onderzoek de effectiviteit van de pilot niet worden vastgesteld en berusten de conclusies vooral op ervaringen van betrokkenen. Daar moet echter de kanttekening bij worden geplaatst dat sommige geïnterviewde bewoners niet goed op de hoogte leken te zijn van het activiteitenaanbod, of gaande het interview aan meer activiteiten bleken te hebben deelgenomen dan zij in eerste instantie meldden. Het is dus mogelijk dat de interviews, wellicht mede door taalproblemen, niet altijd een volledig beeld hebben gegeven. Mede om die reden is het van belang dat we in het onderzoek gebruik konden maken van deelnameregistraties.

7.3 Slotopmerkingen

Hoewel de focus in dit onderzoek lag op de pilot, isde mogelijke werking van de pilot met betrekking tot terugkeer nauw verbonden met de gezinslocaties in het algemeen. Allereerst moet worden opgemerkt dat het bij de gezinslocaties om een zeer specifieke groep bewoners gaat, die volgens geïnterviewde medewerkers moeilijk tot terugkeer te bewegen zijn. De gezinnen verblijven vaak al lang in Nederland en er komen veel psychische en lichamelijke klachten voor. Een deel van de bewoners is afkomstig uit conflictgebieden, zoals Somalië, Irak en Afghanistan. Het feit dat gezinnen op deze locaties verblijven betekent dat zij geen verblijfsvergunning hebben gekregen en dat zij, ondanks allerlei prikkels afgegeven door de Nederlandse overheid, nog niet zijn teruggekeerd of uitgezet. Het verblijf op de gezinslocatie zou kunnen worden gezien als de uitkomst van een selectieproces, waarbij de 'moeilijkste' gevallen overblijven.
Uit de literatuur volgen verschillende factoren die terugkeer kunnen beïnvloeden. In 2010 werden door Leerkes en collega's belangrijke determinanten van terugkeer

vastgesteld: het beeld dat asielmigranten hebben van 1) de levenskansen in het land van herkomst, 2) de levenskansen als illegale vreemdeling in Nederland en het risico op uitzetting en 3) de eigen gezondheid. De pilot zou op deze determinanten invloed kunnen hebben. Ten eerste werd beoogd door middel van terugkeerruimtes met computers bewoners informatie te verstrekken over het land van herkomst. Dit bleek echter in de praktijk van de gezinslocaties niet te werken. Cursussen en opleidingen zoals aangeboden door de DT&V in het kader van de pilot zouden een positieve rol kunnen spelen, omdat zij bewoners nieuwe kansen bieden om in het land van herkomst in hun levensonderhoud te voorzien. Veel bewoners hebben in de interviews echter aangegeven bang te zijn om terug te keren en zeggen in het land van herkomst niet veilig te zijn. Onzekerheden op het gebied van levensonderhoud werden veel minder vaak als belemmering genoemd. Bovendien kunnen de in de cursussen verworven vaardigheden ook in Nederland worden ingezet, en daarmee dus de tweede determinant, het bevorderen van levenskansen in Nederland, beïnvloeden.
Op basis van de literatuur kan voorzichtig de conclusie kunnen worden getrokken dat een verbetering van het welzijn door activering kan bijdragen aan de gezondheid van bewoners, de derde determinant. Het verband tussen gezondheid en vertrek is echter niet eenduidig en in het onderhavige onderzoek zijn geen aanwijzingen gevonden voor een toegenomen vertrekbereidheid ten gevolge van de vooral door geïnterviewde medewerkers gemelde gezondheidswinst
Veel bewoners melden dat het voor hen moeilijk is om toekomstplannen te maken, ook al worden zij op de gezinslocatie geacht aan terugkeer te werken. Zij zijn niet bezig met vertrek, hopen via procedures alsnog een verblijfsvergunning te krijgen, en een deel van de bewoners lukt dat uiteindelijk ook. Uit de analyse van in- en uitstroomgegevens wordt duidelijk dat vooralsnog een gering percentage bewoners daadwerkelijk terugkeert, en dat dit bovendien samenhangt met nationaliteit en gezinssamenstelling. Zelfs al zou activering ertoe bijdragen bewoners actief te laten werken aan een realistisch toekomstbeeld blijft het de vraag of dit tot meer terugkeer zou leiden, nu betrokkenen om zich heen veel mensen alsnog een verblijfsvergunning zagen krijgen.

Het is de realiteit dat voor een deel van de bewoners van gezinslocaties de toekomst in Nederland ligt. Omdat zij over het algemeen langdurig op de gezinslocatie verblijven geldt dat in ieder geval voor de nabije toekomst van de meesten en een niet onaanzienlijk deel stroomt daarna uit met een verblijfsvergunning.
Een zinvolle dagbesteding gedurende het verblijf op de gezinslocatie is belangrijk voor het welzijn en de gezondheid van de bewoners. Activering kan hieraan bijdragen. Activering is dan ook niet alleen van belang voor degenen die op enig moment terugkeren naar het herkomstland, maar ook voor degenen die uiteindelijk in Nederland blijven. Hoewel er in deze evaluatie geen aanwijzingen zijn gevonden dat activering kan bijdragen aan zelfstandige terugkeer, kan het daarom toch belangrijk zijn om te investeren in de gezondheid, het welzijn en de toekomstmogelijkheden van de bewoners van de gezinslocaties.

Summary

'Staying busy keeps my mind off things'.
Evaluation of the pilot project 'Activating residents at family locations'

This report concerns an evaluation of the pilot project 'Activating residents at family locations'. Family locations provide shelter for families with minor children who have been told that they have to leave the country due to their request for asylum having been refused, and other alien families without residency status in the Netherlands. The children's facilities are the same as those at reception centers, but other than that the facilities are sober, and the objective is return to the country of origin. A stay at a family location will either end when the family leaves the Netherlands or when the youngest child turns eighteen.
The pilot, which took place at the locations of Burgum, Den Helder and Gilze, ran from March 2014 – March 2015, and was conducted by the Central Agency for the Reception of Asylum Seekers (COA) and the Repatriation and Departure Service (DT&V). The pilot was a response to advice issued by the Advisory Committee on Migration Affairs (ACVZ), titled '*Verloren tijd'* [Lost Time] (2013). The advice noted that there is too little to do for residents at reception centers and shelters for aliens without residency status. The advice suggested that the absence of activities could undermine the health of the residents and ultimately lead to hospitalization, passivity and depression.
The main objective of the pilot, as stated by the Dutch Minister of Security and Justice, is to promote the voluntary return of residents of family locations to their countries of origin. An addition goal is to have a beneficial effect on residents' well-being, which is expected to lead to a decrease in their use of medical services.

Key research questions and research methods
The key research questions concerned the assumptions that the pilot was based on, the way in which the pilot was implemented, the way in which residents and contributors experienced pilot activities, and the extent to which their experiences are in line with the goals set.
The cross-sectional study made use of a variety of research methods and sources: (triangulation of methods and sources):
- a policy analysis based on documents and semi-structured interviews with key informants (6) who were involved in planning the pilot;
- a study of scientific and "gray" literature in the field of activation and hospitalization
- an analysis of registration data from DT&V and COA;
- semi-structured interviews with residents (23), employees DT&V (8) and COA (9), location managers (3), healthcare organization staff and other stakeholders, such as IOM (9) concerning their experiences with the pilot.

Because the composition of residents is different at each location it is difficult to compare the outflow between locations. Moreover, during the pilot, activation initiatives also took place at non-pilot sites, and a pre-test is absent. It is not therefore possible to determine the effectiveness of the pilot.

The Family Locations
Since the family locations were opened in 2011, 5,299 people of a wide array of nationalities received shelter at any given time at any of these locations. Afghans, Armenians, Iraqis and Somalis made up the largest groups. The composition of the

residents differed per location. About half of the families were single-parent and these especially concerned single mothers. Some families only stayed at family locations briefly, but most stayed longer than one year. Of those arriving at family locations in 2011, 2012 and 2013, on March 1, 2015, approximately 40% were still there. This was the case for over 60% of those who arrived in 2014. Only 16% of all residents had left the Netherlands, either voluntarily or otherwise. Despite the nature of the family locations (shelters specifically intended for foreigners without a residency status, focused on their return), the main reason for outflow was residents obtaining a residence permit, for example based on the ‘children's pardon’ [*kinderpardon*]’.

Assumed efficacy of the pilot
Policy documents and interviews with people involved in creating the pilot show that the initial assumption was that residents of family locations are at risk of hospitalization, and therefore need to be (re)activated with a view to improving their health and well-being, reducing healthcare costs and increasing their rate of return. Residents who are more active and enjoy improved health and well-being are thought to be more inclined to consider their future and take control of their lives. Three assumed mechanisms came to the fore. Activities are assumed to make residents more active, leading to them being more inclined to take control of their lives and to enhance their well-being, both of which are assumed to stimulate return. In addition, the availability of information on the situation in their country of origin was assumed to lead to more cases of return.
These three mechanisms were tested using national and international literature on activation.
One of the key concepts of the pilot project, the concept of hospitalization, is a topic of discussion in scientific literature. Although several studies have shown that boredom and passivity may occur in people, such as the residents of family locations, who do not have many opportunities to carry out meaningful activities, and that this may lead to adverse health effects, there is no consensus on the causes of hospitalization. Very limited research has been conducted on programs that aim to reduce hospitalization and inactivity within this specific population and based on the literature, no statements can therefore be made on the anticipated effectiveness of the pilot.
We did find impact studies on activation programs in several other groups, especially in the area of health. In particular, activation programs for specific groups of patients and sports programs were effective in improving physical and mental health. The pilot on family locations, however, has a different structure, and it is unclear whether these effects also apply to the residents of family locations.
In studies on voluntary return it is not clear whether hospitalization and activation play a role. Health seems to be an important factor in voluntary return, but the findings on good or rather poor health are inconclusive. Improving the health of residents at the pilot locations could thus possibly contribute to an increased willingness to return, but the opposite effect is also conceivable.
A third objective of the pilot is that it should help to reduce healthcare costs. Research into the number of contacts with doctors or paramedics, however, shows that during their time at asylum centers, applicants make less than average use of healthcare, even though they have more health problems than the average Dutch citizen. It is not known to what extent these results apply to residents of family locations. However, if they do apply, it is not likely that healthcare costs can be further reduced by improving the health of the persons concerned. Increased activity in residents could even lead them to making more use of healthcare services for their health problems.

Implementing and conducting the pilot
The pilot was conducted by the two implementing organizations working at the family locations, COA and DT&V. The contribution of DT&V consisted of providing short courses and vocational training, and 'return areas', while COA offered recreational activities, occupational counseling and some courses.
The pilot started soon after its announcement, leaving little time for preparations. The start of many activities, as well as this study, was therefore delayed. Most activities took place in the last months of the pilot. This meant that at the time of the research some activities had only just started, which may have influenced how those involved judged the impact of the pilot.
In general, DT&V and COA were able to reach the residents of the locations by means of activities; slightly more than half of all adult residents participated in one or more activities. The pilot sites witnessed large differences in participation percentages. Vocational interest was of special interest. Interest in the recreational activities varied and sometimes fluctuated during the course of the activity. The main reason for residents' participation in activities was their need for diversion or a need to be active. The role played by health problems was more mixed; for some people health issues hindered participation, while for others, problems with their health served as an incentive to take action. Some employees mentioned that residents may have an interest in being ill which is related to their procedure (e.g. a requested delay of departure for medical reasons). Lack of time due to childcare and related tasks was a reason for some residents not to participate in activities or programs, even though they wanted to. Other residents simply lacked or no longer had the motivation to take part. They often explained such absence of motivation by a loss of hope after, for example, yet another negative decision in their asylum procedure.

Appreciation by residents and staff
The findings borne out by the interviews with residents and staff confirm the picture painted by ACVZ in its advice 'Lost time'. Life at family locations is characterized by monotony and many residents are bored. In particular, residents with older children have little to do. But even parents who are kept very busy due to caring responsibilities may still feel bored by the monotony of their lives. Residents lack meaningful daily activities and the possibility of providing in their own livelihood. This is particularly true for childless young adults staying with their parents in the family location because of a younger sibling. Minor children go to school.
In general, the interviewed residents were consequently appreciative of the increase in the number of activities provided due to pilot activation. Residents preferred useful activities which, for example, taught them new skills. The staff were generally also highly enthusiastic about the pilot.
Employees also experienced impacts of the pilot on their own work. They saw positive differences in dealing with residents and enjoyed being able to provide residents with more daily activities. At the same time, the pilot formed a considerable time burden for some employees, especially alongside other existing tasks.

Experiences of residents and staff and the assumed efficacy of the pilot
Some of the residents at family locations seemed to suffer from symptoms suggesting 'hospitalization'. Staff reported residents who appeared withdrawn, apathetic or lacking initiative. In the absence of meaningful daily activities many of the interviewed residents did not do much in a day. However, one of the characteristics of hospitalization, resistance to leaving the setting, was not

encountered: many interviewees mentioned a desire for their own living space, away from the location.
It is not likely that these complaints are solely the result of the stay in a total institution. Asylum seekers in general suffer from psychological problems, and long-term unemployment has similar negative effects on health and well-being. The residents' backgrounds and earlier experiences, living conditions at the family locations, the lack of meaningful activities, and the focus on return probably all play a role.

The first mechanism assumed in the policy documents (an increased number of active residents will take control of their own lives, leading to increased return) was not confirmed in the study. The interviews with residents and staff do not indicate that activation through training or recreational activities contributes toward return. According to staff, although the pilot has led to increased activity for many residents, it has not led to increased return.
The second mechanism, (activation improves health and well-being, and thus an increased rate of return) was partly confirmed by residents and staff. Participating in activities gives residents some peace of mind and an opportunity to focus on something other than worrying about their situation. Activation seems to improve the well-being of some residents, but most interviewees agree that in any case until the present, no influence has been established on voluntary departure. They cite several reasons. It is thought that it is still too early to see this effect, especially given the 'difficult' populations at the family locations and delays in the launch of the pilot. A second explanation is that health and well-being are not related to voluntary return. Based on the relevant literature, it can be cautiously concluded that improving residents' well-being by activation may contribute toward improving their health. However, the relationship between health and readiness to return home is complex, and it is questionable whether possible health benefits such as those seen within the context of the pilot - especially reported by staff, suffice to promote return. No evidence was found for this in this study.
No evidence was either found in the interviews for the validity of the third mechanism, which assumed that providing information about the situation in the residents' country of origin would lead to increased return. Interviews with residents revealed that information from their country of origin – whether or not obtained in T-rooms – contributed towards the concerns of some residents. The extent to which the available information contributed towards removing barriers to returning home is therefore questionable. Moreover, the T-rooms attracted few visitors. Residents were not very interested, were distrustful of the information or were afraid that DT&V was closely monitoring what they were doing in the T-room. Furthermore, residents had sufficient access to the Internet outside the return areas. Employees confirmed this.

Discussion: family sites, return and activation
The focus in this study was on the pilot activation, but the pilot's potential efficacy is closely related to the situation in the family locations in general. Families who stay at these locations have had their requests for asylum turned down. Despite incentives by the Dutch government, they have not yet returned home or been deported. The population staying in the family location could be seen as the outcome of a selection process following which only the 'toughest' cases remain. The analysis of inflow and outflow data shows that only a small number of the many residents actually return home, and that this is partly linked to their nationality and family composition. This firstly raises the question of whether return is a realistic prospect for the residents at these locations. Even if activating residents helps them

actively work towards realistic future goals, it still remains to be seen whether this will lead to more return, as quite a few people in the residents’ circle of acquaintances eventually succeed in obtaining a residence permit.
Many residents report that it is difficult for them to make plans for the future, even though they are supposed to be working on returning home. Although they have no clear future prospects they still hope to obtain a residence permit, and a significant proportion eventually manage to do so. Although this evaluation did not find any evidence that activation may contribute towards increased voluntary return, it may still be important to invest in activation at family locations. Meaningful activities during the stay at family locations are important for residents’ well-being and health. Activation has a contribution to make, and is not only important for those who eventually return to their country of origin, but also for those who remain in the Netherlands.

Literatuur

Abdi, A.M. (2005). In limbo: Dependency, insecurity, and identity amongst Somali refugees in Dadaab camps. *Refuge: Canada's Journal on Refugees, 22* (2), 6-14.

ACVZ (2013). *Verloren tijd. Advies over dagbesteding in de opvang voor vreemdelingen* Den Haag: Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken.

Alphen, B. van, Molleman, T., Leerkes, A., & Hoek, J. van (2013). *Van bejegening tot vertrek. Een onderzoek naar de werking van vreemdelingenbewaring.* Den Haag: Boom Lemma.

Archambault, J. (2012). ‘It can be good there too’: Home and continuity in refugee children's narratives of settlement. *Children's Geographies, 10* (1), 35-48.

Arnetz, B.B., Eyre, M., & Theorell, T. (1982). Social activation of the elderly: A social experiment. *Social science & medicine, 16* (19), 1685-1690.

Arnetz, B.B. & Theorell, T. (1983). Psychological, sociological and health behaviour aspects of a long term activation programme for institutionalized elderly people. *Social science & medicine, 17* (8), 449-456.

Astbury, B. & Leeuw, F.L. (2010). Unpacking black boxes: mechanisms and theory building in evaluation. *American Journal of Evaluation, 31* (3). 363-381.

Baas, K.D. & Ruhé, H.G. (2007). Gedragsactivatie is effectief bij de behandeling van depressie. *Tijdschrift voor psychiatrie, 49* (6), 411.

Black, R., Koser, K., Munk, K., Atfield, G., & D'Onofrio, L.T.R. (2004). *Understanding voluntary return*. London: Home Office.

Black, R., Koser, K., & Walsh, M. (1997). *Conditions for the return of displiced persons from the European Union: Final report.* Brighton: Sussex Center for Migration Research.

Böcker, A.G.M. & Heer, J.C. de (2006). *Lokale effecten van het terugkeerbeleid voor afgewezen asielzoekers. Een onderzoek naar de effecten van Project Terugkeer en Project beëindiging leefgelden ex-ama's in Nijmegen*. Nijmegen: Centrum voor Migratierecht.

Boonstra, N. & Hermens, N. (2011). De maatschappelijke waarde van sport. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Boumans, J. (2012). *Naar het hart van empowerment. Een onderzoek naar de grondslagen van empowerment van kwetsbare burgers.* Utrecht: Movisie.

Bouwman-Van 't Veer, M., Knijn, T., & Berkel, R. van (2011). *Activeren door participeren. De meerwaarde van de Wet maatschappelijke ondersteuning voor re-integratie van mensen in de bijstand.* Utrecht: Movisie.

Brekke, J. (2004). *While we are waiting. Uncertainty and empowerment among asylum-seekers in Sweden.* Oslo: Institute for Social Research.

Buckaloo, B.J., Krug, K.S., & Nelson, K.B. (2009). Exercise and the low-security inmate changes in depression, stress, and anxiety. *The Prison Journal*, *89* (3), 328-343.

CBS (2013). *Gezondheid en zorg in cijfers. 2013.* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

De Nationale ombudsman (2013). *Medische zorg vreemdelingen. Over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers.* De Nationale ombudsman.

Defense for children (2011). *De gezinslocaties in Gilze Rijen en Katwijk; geen plek voor een kind.* Quickscan.

Dekker, A. & Aa, P. van der (2000). *Methodiek en beleid van sociale activering. Een individuele, vraaggerichte benadering.* Den Haag: Elsevier.

Delahaij, R. (2004). *Dossier empowerment. Empowermentmethoden bij allochtone jongeren.* Utrecht: FORUM.
Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K. Atkins, D.C. & Dunner, D.L. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74* (4)*,* 658-670.
Dooley, D., Fielding, J., & Levi, L. (1996). Health and unemployment. *Annual review of public health, 17* (1)*,* 449-465.
Douglas, N., Plugge, E., & Fitzpatrick, R. (2009). The impact of imprisonment on health: What do women prisoners say? *Journal of Epidemiology and Community Health, 63* (9)*,* 749-754.
EMN (2006). *Research Study II: Terugkeer*. Rijswijk: IND.
Engelhard, D. (2004). *Zorgen over terugkeer: Terugkeermigratie met gezondheids-problemen.* Utrecht: Pharos.
Gerritsen, A.A.M., Devillé, W., Linden, F.A.H. van der, Bramsen, I., Willigen, L.H.M. van, Hovens, J.E.J.M. & Ploeg, H.M. van der (2006). Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Genees-kunde, 150* (36)*,* 1983-1989.
Ghorashi, H. & Ten Holder, F. (2012). Graag een meer humane opvang van asielzoekers. www.socialevraagstukken.nl/site/2012/04/26/graag-een-meer-humane-opvang-van-asielzoekers/
Goffman, E. (1961). On the characteristics of total institutions. In: A. Etzioni (ed.), *A Sociological Reader on Complex Organizations.* New York: Holt, Rinehart & Winston, 312-338.
Goffman, E. (1968). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin Books.
Goosen, S., Koelen, M., Langen, H., Berkouwer, L., & Schijndel, R. van (2004). *Gezond AZC. Is de gezondestedenbenadering toepasbaar in de centrale opvang van asielzoekers? Eindrapport van een pilotproject* GGD Nederland, Landelijk Service Bureau MOA 2004.
Greene, J. & Hibbard, J.H. (2012). Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of general internal medicine, 27* (5)*,* 520-526.
Holder, F. ten (2012). *Kleine stappen van grote betekenis. Een nieuw perspectief op humane opvang van asielzoekers* Amsterdam: De Werkelijkheid.
Horbach, D. (2014). Zin geven aan tijd. Rijswijk: COA.
Houten, M. van & Winsemius, A. (2010). *Participatie ontward.* Utrecht: Movisie.
Jin, R.L., Shah, C.P., & Svoboda, T.J. (1995). The impact of unemployment on health: A review of the evidence. *CMAJ: Canadian Medical Association journal, 153* (5)*,* 529-540.
Jongh, D. de & Ee, M. van (2002). *Onderzoek naar gezondheidsbeïnvloedende factoren ervaren door asielzoekers in een asielzoekerscentrum.* Utrecht: GGD/MOA.
Kaczynski, A.T. & Henderson, K.A. (2007). Environmental correlates of physical activity: A review of evidence about parks and recreation. *Leisure Sciences, 29* (4)*,* 315-354.
Kibreab, G. (1993). The myth of dependency among camp refugees in Somalia 1979–1989. *Journal of Refugee Studies, 6* (4)*,* 321-349.
Koelen, M. & Ban, A. van den (2004). *Health education and health promotion* Wageningen: Wageningen Academic Publishers.

Kromhout, M., Feijten, P., Vonk, F., Klerk, M. de, Marangos, A.M., & Mensink, W. (2014). *De Wmo in Beweging. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Laban, C., Gernaat, H., Komproe, I., Schreuders, B., & Jong, J. de (2004). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192 (12),* 843-851.

Lamkaddem, M., Essink-Bot, M.L., & Stronks, K. (2013). *"Gevlucht-gezond?" – II. Ontwikkelingen in gezondheid en zorggebruik van vluchtelingen in Nederland.* Amsterdam: Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam. Afdeling sociale geneeskunde.

Leerkes, A., Boersema, E., Os, R. van, Galloway, M., & Londen, M. van (2014). *Afgewezen en uit Nederland vertrokken? Een onderzoek naar de achtergronden van variatie in zelfstandige terugkeer onder uitgeprocedeerde asielzoekers* (Rep. No. 2014). Den Haag: WODC. Cahier 2014-3.

Leerkes, A., Galloway, M., & Kromhout, M. (2010). *Kiezen tussen twee kwaden: Determinanten van terugkeerintenties onder (bijna) uitgeprocedeerde asielmigranten.* (Rep. No. 2010). Den Haag: WODC. Cahier 2010-5.

Lemke, S. & Moos, R.H. (1989). Personal and environmental determinants of activity involvement among elderly residents of congregate facilities. *Journal of Gerontology, 44* (4)*,* 139-148.

Listwan, S.J. Sullivan, C.J., Agnew, R., Cullen, F.T., Colvin, M. (2013).The Pains of Imprisonment Revisited: The Impact of Strain on Inmate Recidivism. *Justice Quarterly 30* (1), 144-168.

Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown Jr, B.W., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V.M., Laurent, D.D. & Holman, H.R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical care, 37* (1)*,* 5-14.

Lubetkin, E.I., Lu, W.H., & Gold, M.R. (2010). Levels and correlates of patient activation in health center settings: Building strategies for improving health outcomes. *Journal of health care for the poor and underserved, 21* (3)*,* 796-808.

Meyer, T. & Broocks, A. (2000). Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases. *Sports Medicine, 30* (4)*,* 269-279.

Mirghani, Z. (2013). Healing through sharing: An outreach project with Iraqi refugee volunteers in Syria. *Intervention, 11* (3)*,* 321-329.

Molleman, T. (2014). *Zelfredzame gedetineerden. Mogelijkheden binnen de muren.* Den Haag: WODC. Cahier 2014-18.

Moor, M.H.M. de, Beem, A.L., Stubbe, J.H., Boomsma, D.I., & Geus, E.J.C. de (2006). Regular exercise, anxiety, depression and personality: A population-based study. *Preventive medicine, 42* (4)*,* 273-279.

Morville, A.-Le. (2014). *Daily occupations among asylum seekers – Experience, performance and perception.* Doctoral dissertation, Lund University, Sweden.

Murphy, G.C. & Athanasou, J.A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and organizational Psychology, 72* (2)*,* 83-99.

Nijman, J., Hendriks, M., Brabers, A., Jong, J. de, & Rademakers, J. (2014). Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. *Journal of health communication, 19* (8)*,* 955-969.

Penedo, F.J. & Dahn, J.R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry 18* (2), 189-193.

Pennen, T. van der (2003). *Sociale activering. Een brug tussen uitkering en betaalde arbeid. Werkdocument 90.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Poiesz, N., Schokker, D., Brussel, F. van, Collard, D., Slinger, J., & Bisseling, R. (2014). Effectief Actief: Kwaliteitsimpuls voor sport- en beweeginterventies. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 92* (4)*,* 142-145.

Pretty, J. (1995). *Regenerating agriculture: policies and practice for sustainability and self-reliance.* London: Earthscan Publications Ltd.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of further developments in empowerment theory prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology, 15* (2)*,* 121-148.

Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinical psychology review, 21* (1)*,* 33-61.

Schayk, M. van & Vloeberghs, E. (2011). *Podium voor preventie: Een overzicht van psychosociale preventie voor asielzoekers.* Utrecht: Pharos.

Snoek, A., Poel, A. van der, Mheen, D. van der, Boutellier, H., Davelaar, M., Klein, M. van der & Rijkschroeff, R. (2008). *State-of-the-art-onderzoek Prestatievelden 7-9 van de WMO ('kwetsbare burgers').* Utrecht/Rotterdam: Verwey-Jonker Instituut/IVO.

Stathopoulou, G., Powers, M.B., Berry, A.C., Smits, J.A.J., & Otto, M.W. (2006). Exercise Interventions for Mental Health: A Quantitative and Qualitative Review. *Clinical Psychology: Science and Practice 13* (2), 179-193.

Strijk, P.J., Meijel, B. van, & Gamel, C.J. (2011). Health and social needs of traumatized refugees and asylum seekers: An exploratory study. *47* (1)*,* 48-55.

Sutton, M., Carr-Hill, R., Gravelle, H., & Rice, N. (1999). Do measures of self-reported morbidity bias the estimation of the determinants of health care utilisation? *Social science & medicine, 49* (7)*,* 867-878.

Swendeman, D., Ingram, B.L., & Rotheram-Borus, M.J. (2009). Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: An integrative framework. *AIDS care, 21* (10)*,* 1321-1334.

Valenta, M. & Berg, B. (2010). User involvement and empowerment among asylum seekers in Norwegian reception centres. *European Journal of Social Work, 13* (4)*,* 483-501.

Vandermeerschen, H. (2007). Tussen hoop, angst en verveling. De ervaringen en het welbevinden van asielzoekers in de Belgische asielopvang. *Tijdschrijft voor Sociologie, 28* (3-4)*,* 344-367.

Veale, D. (2008). Behavioural activation for depression. *Advances in Psychiatric Treatment, 14* (1)*,* 29-36.

Viggiani, N. de (2007). Unhealthy prisons: Exploring structural determinants of prison health. *Sociology of health & illness 29* (1)*,* 115-135.

Vitus, K. Waiting time. The de-subjectification of children in Danish asylum centers. *Childhood, 17* (1), 26-42.

Wagenaar, H. & Balder-Van Seggelen, C. (2010). *Inzicht in eigen kracht. De werking van empowerment in Maatschappelijke Activeringscentra.* Utrecht: Movisie.

Wagner, E.H., Wickizer, T.M., Cheadle, A., Psaty, B.M., Koepsell, T.D., Diehr, P., Curry, S.J., Korff, M. von, Anderman, C., Beery, W.L., Pearson, D.C. & Perrin, E.B. (2000). The Kaiser Family Foundation Community Health Promotion Grants Program: Findings from an outcome evaluation. *Health Services Research, 35* (3)*,* 561-589.

Warsi, A., Wang, P.S., LaValley, M.P., Avorn, J., & Solomon, D.H. (2004). Self-management education programs in chronic disease: A systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine 164* (15), 1641-1649.

Werkgroep Kind in AZC (2013). *Ontheemd: De verhuizingen van asielzoekerskinde-ren in Nederland*.

Werkgroep Kind in AZC (2014). *Het is hier in één woord gewoon ... stom! Onderzoek naar het welzijn en perspectief van kinderen en jongeren in gezinslocaties.*
Wing, J.K. (1962). Institutionalism in mental hospitals. *British Journal of Social and Clinical Psychology, 1* (1)*,* 38-51.
Wing, J.K. & Brown, G.W. (1970). *Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals: 1960-1968*. Cambridge: Cambridge University Press.
Wirt, G.L. (1999). Causes of Institutionalism: Patient and staff perspectives. *Issues in Mental Health Nursing, 20* (3)*,* 259-274.
Wijk, J. van (2008). *Reaching out to the unknown: native counselling and the decision making process*. Den Haag: IOM.

Bijlage 1 Topiclijst interviews met sleutelfiguren

Beleidsinterviews

1 Achtergrond geïnterviewde
   a Vanaf wanneer betrokken bij de pilot? (periode en fase pilot)

2 Achterliggende problemen en agendering van de problematiek
   a Welke problemen liggen ten grondslag aan de pilot?
   b Door wie, hoe en wanneer is de problematiek onder de aandacht gebracht (agendering)?
   c Wat is de aanleiding geweest voor het erkennen/oppakken van het probleem?
   d Waarom zou het probleem moeten worden opgelost?

3 Definiëring/doelen/verwachte resultaten
   a Hoe zou jij activering in de gezinslocaties definiëren? (Doorvragen over terugkeerzuilen.)

Doorvragen: Activering als eigen regie? Is activering en regie een doel op zich of een middel? Vallen de activiteiten gericht op terugkeer ook onder de definitie van activering of wordt dat geïnterpreteerd als terugkeerondersteuning?

   b Welke doelen liggen ten grondslag aan de pilot Activeren bewoners gezinslocaties? Wat zou de pilot op moeten leveren?
   c In hoeverre zijn de doelen meetbaar? Zijn er criteria bepaald?
   d Wat is de relatie tussen verschillende doelen (met name welzijn-terugkeer)? (Doorvragen: Wat is het hoofddoel? Is welzijn een doel op zich?)

4 Doelgroep en context
   a Welke doelgroep/context (bewoners gezinslocaties, caseload DT&V)?
   b Specifieke in- en exclusiecriteria? (Doorvragen over sekse, leeftijd, wel/niet behorend tot de caseload)

5 Middelen/inhoud/randvoorwaarden pilot :
   a Welke waren de belangrijkste voorwaarden, wensen t.a.v. de pilot?
   b Uit welke concrete activiteiten bestaat de pilot?

Lijst erbij pakken en onduidelijkheden doorvragen. Indeling: recreatie, scholing, vrijwilligerswerk, terugkeer?

6 Veronderstelde mechanismen (aannamen)
   a Welk overwegingen lagen ten grondslag aan de keuze voor de huidige activiteiten en faciliteiten?
   b Hoe zijn de verschillende activiteiten gerelateerd aan de geformuleerde doelen? Kunnen/worden doelen gekoppeld aan specifieke activiteiten?
   c Welke verwachtingen zijn er ten aanzien van de pilot? Hoe zouden de verschillende onderdelen (activiteiten/faciliteiten) bij moeten dragen aan de geformuleerde doelstellingen?
   d Worden er buiten de beoogde doelen neveneffecten voorzien (positief/negatief)?

7 Overleggremia
  a Is er voor de beleidsbepaling (doelen/doelgroep/context/middelen) overleg gevoerd? In welke gremia en met welke partijen?
  b Hoe zijn doelen/doelgroep/middelen bepaald? Wat is wanneer/door wie bepaald en met welke reden?
  c Zijn er ten aanzien van doelgroep/context/middelen alternatieven besproken?

8 Knelpunten in beleidsbepaling
  a Zijn er door betrokkenen knelpunten ervaren in het beleidsproces? Zo ja, hoe is hiermee omgegaan?

9 Sleutelfiguren
Voor het in kaart brengen van het beleidsproces en de achterliggende beleidstheorie worden interviews afgenomen bij MG (DMB), JK (COA) en AA (DT&V). Zijn er nog andere sleutelfiguren die we m.b.t. het proces en de theorie zouden moeten spreken?

10 Vragen ter verduidelijking
- Context: programma gezinslocaties en programmaplan COA?
- Verplichte (o.a. uit programma gezinslocaties):
  - Vreemdelingen die actief bezig zijn met hun terugkeer worden extra gestimuleerd door het aanbieden van faciliteiten. Hierbij wordt onder meer gedacht aan het aanbieden van korte vaardigheidstrainingen (conform advies van ACVZ).
  - Vreemdelingen die niet of niet-actief aan hun terugkeer werken ontvangen geen extra faciliteiten.
  - De ketenpartners op het centrum bezien gezamenlijk op welke wijze ze commitment voor terugkeer kunnen verkrijgen van het sociale netwerk van de doelgroep.

Locatiemanagers

1 Achtergrond geïnterviewde
  a Vanaf wanneer werkt u bij deze gezinslocatie? Vanaf welk jaar en in welke fase van de gezinslocatie, direct na start van de gezinslocatie? In welke functie, altijd als locatiemanager?
  b Vanaf wanneer bent u betrokken bij de totstandkoming van de pilot? Welke periode en fase van de pilot? Hoe ver waren de plannen toen u bij de pilot betrokken raakte?

2 Achtergrond locatie
Vanaf wanneer bestaat deze gezinslocatie? Wat was de aanleiding voor het openen van deze gezinslocatie? Waarom specifiek op deze plek? Staat er iets over de geschiedenis van deze gezinslocatie op papier?

3 Redenen deelname aan de pilot
Wat zijn overwegingen geweest om als gezinslocatie deel te nemen aan de pilot? Hoe, wanneer en door wie is besloten deel te nemen aan de pilot?

4 Overleg ten behoeve van de pilot
  a Wat voor overleg (intern, extern) heeft er plaatsgevonden in het kader van de pilot? Het gaat hier om overleg waar de locatie bij betrokken was.

b In welke samenstelling heeft het overleg plaatsgevonden, welke overleg-gremia?
c Er heeft een startbijeenkomst plaatsgevonden in maart. Is de gezinslocatiel daarbij aanwezig geweest en wat is daar toen besproken?

5 Veronderstelde problemen op de locatie
De pilot is gestart naar aanleiding van het ACVZ rapport 'Verloren tijd'. In dat rapport en in de beleidsstukken over de pilot worden problemen geschetst waar in het bijzonder de verblijfslocatie en de gezinslocatie mee te maken zouden hebben (weinig mogelijkheden om activiteiten te ondernemen, verveling, hospitalisering, gezondheidsrisico's).
a Herkent u dit beeld voor uw locatie?
b Zijn er verschillen tussen bewoners wat betreft het ondernemen van activiteiten, bijvoorbeeld gelet op sekse of nationaliteit?

6 Activering voorafgaand aan de pilot
a Welke mogelijkheden om actief te zijn bestonden er voor de bewoners voorafgaand aan de pilot? (Doorvragen eigen activiteiten COA, mogelijkheden buiten COA). Staat er iets over het bestaande aanbod op papier?
b Was er voorafgaand aan de pilot iemand op de locatie aanwezig (medewerker of vrijwilliger) die bewoners activeerde, in de zin van het organiseren en begeleiden van activiteiten, informeren van bewoners en/of het stimuleren van deelname aan activiteiten? (Doorvragen: was er voorafgaand aan de pilot een activiteitenbegeleider en zo ja, wat was zijn/haar rol?)
c Hoe kwam het activiteitenaanbod tot stand? (doorvragen of en hoe rekening werd gehouden met de mogelijkheden en behoeften van bewoners)
d Hoe werden bewoners betrokken bij de activiteiten? (Doorvragen informeren of ook actief stimuleren.)

7 Doelen en verwachte resultaten voor de pilot op de locatie
a Wat zijn de doelen voor de pilot? Wat zou de pilot op moeten leveren? (Eerst eigen ideeën, daarna doorvragen: in de beleidsstukken staan ook doelen als welzijn en terugkeer, zijn dat volgens u ook doelen?)
b Wat is volgens u de relatie tussen verschillende doelen (met name welzijn-terugkeer)? (Doorvragen: Wat is het hoofddoel? Is welzijn een doel op zich? Is activering een doel of een middel?)

8 Doelgroep en context
Zijn er voor de activiteiten van de pilot specifieke in- en exclusiecriteria vastgesteld? (Doorvragen over sekse, leeftijd, wel/niet behorend tot de caseload van DT&V.)

9 Inhoud pilot
a Uit welke activiteiten bestaat de pilot? (Lijst erbij pakken en onduidelijkheden navragen.) Hoe zou u de activiteiten indelen (recreatie, scholing, vrijwilligers-werk, terugkeer)? Is er aanbod in de eigen taal van de bewoners?
b Wat is de rol van de activiteitenbegeleider binnen de pilot?
c Hoe is het aanbod tot stand gekomen (doorvragen hoe rekening gehouden met behoeften en mogelijkheden van bewoners)?
d Hoe worden bewoners betrokken? (Doorvragen informeren of ook actief stimuleren.)
e Wat zijn volgens u verschillen/overeenkomsten met de activering voorafgaand aan de pilot?

10 Veronderstelde mechanismen (aannamen)

a Welk overwegingen lagen ten grondslag aan de keuze voor de huidige activiteiten?

b Welke verwachtingen zijn er ten aanzien van de pilot? Hoe zouden de verschillende onderdelen (activiteiten/faciliteiten) bij moeten dragen aan de doelstellingen? (Doorvragen: relaties met eventuele door manager benoemde doelen en relaties met officiële doelen.)

c Worden er buiten de beoogde doelen neveneffecten voorzien (positief/negatief)?

11 Achtergrond bewoners en uitstroom van bewoners uit de locatie

a Wat zijn de grootste herkomstgroepen in de locatie?

b Wat voor een talen spreken de bewoners uit deze herkomstgroepen? Spreken zij ook Engels of Nederlands?

c Welke ontwikkelingen in uitstroom van bewoners uit de gezinslocatie ziet u vanaf de start van de gezinslocatie tot aan nu? (Doorvragen zelfstandige terugkeer en MOB. Doorvragen eventuele verschillen grootste herkomstgroepen: Armenen, Afghanen, Somaliërs, Irakezen, Eritreeërs.)

d De gezinslocatie is ingericht als tijdelijk onderdak totdat uitgeprocedeerde gezinnen terugkeren naar het land van herkomst. In de praktijk verblijft een deel van de bewoners langer dan een jaar in de gl. Wat zijn volgens u belangrijke redenen voor een langer verblijf van bewoners in de gezinslocatie? (Doorvragen: ziet u verschillen in redenen tussen herkomstgroepen. Kunt u iets meer vertellen over de redenen voor voortgezet verblijf van de grootste herkomstgroepen: Armenen, Afghanen, Somaliërs, Irakezen, Eritreeërs).

12 Afspraken voor het vervolg

Het voornemen is om 15 tot 20 interviews af te nemen bij de grootste herkomstgroepen op de gezinslocaties (in ieder geval Armenen, Afghanen en Irakezen, mogelijk ook Somaliërs). Onderzoekers van het WODC zullen zeker twee dagen aanwezig zijn om interviews af te nemen bij de bewoners. Voor de organisatie van de onderzoeksdagen heb ik nog een paar vragen:

a Is het mogelijk om voorafgaand aan de interviews een dag mee te lopen op de gezinslocatie? Zo kunnen we een beeld krijgen van de dagindeling/dagbesteding van de bewoners en kunnen we tijdens de interviews beter aansluiten bij hun ervaringen. Welke dag zou geschikt zijn en bij welke activiteiten kunnen wij aansluiten?

b Hoe zouden wij de bewoners het beste kunnen benaderen om deel te nemen aan een interview?

c Kunnen wij voorafgaand aan de onderzoeksdagen een lijst met kamernummers krijgen met daarbij vermeld
- wat de nationaliteit van de meerderjarige bewoners op de betreffende kamer is;
- of het om een alleenstaande man, alleenstaande vrouw of stel gaat;
- hoe oud de meerderjarige bewoners zijn;
- of de man en/of vrouw deelneemt aan een cursus van de pilot.

d Interviews kunnen bij bewoners op de kamer plaatsvinden als zij dat prettig vinden. Zoals het er nu uitziet worden alle interviews afgenomen door vrouwen. Het zal echter ook voorkomen dat interviews in een aparte ruimte plaatsvinden, als bewoners daar zelf de voorkeur aan geven en/of als er een tolk nodig is. Zijn er ruimte(s) waar wij gedurende de onderzoeksdagen gebruik van kunnen maken? Vanuit deze ruimte(s) moet de tolkentelefoon bereikbaar zijn.

e De planning is om de interviews bij bewoners vanaf half september af te nemen. Totale veldwerk, inclusief interviews met uitvoerders en GCA zal naar verwachting plaatsvinden in de maanden september-december.

Bijlage 2 Topiclijst bewonersinterviews

Achtergrondinformatie

1 In welk jaar bent u geboren?
2 In welk land bent u geboren?
3 Wanneer bent u weggegaan uit dat land?
4 Sinds wanneer bent u in Nederland?
5 Wanneer hebt u voor het eerst asiel aangevraagd? Sinds wanneer woont u hier op deze gezinslocatie?
6 Hoe lang heeft u in (andere) Asielzoekerscentra gewoond? Op wat voor andere plekken heeft u nog gewoond in Nederland?
7 Bent u getrouwd/heeft u een partner? Heeft u kinderen? Hoe oud zijn uw kind(eren)? Wonen zij ook hier op de gezinslocatie? (Zo nee, waar?)
8 Wat is de hoogste opleiding die u in uw land van herkomst heeft afgerond (geen; lager onderwijs; middelbare school; beroepsonderwijs; hoger onderwijs)?
9 Wat is de hoogste opleiding die u in Nederland heeft afgerond (geen; lager onderwijs; middelbare school; beroepsonderwijs; hoger onderwijs)?
10 Welke talen spreekt u?
11 Heeft u gewerkt in uw land van herkomst? Hoeveel jaar? Wat voor werk? Heeft u in Nederland gewerkt?
12 Voor mensen die niet werkten in land van herkomst: wat was uw belangrijkste taak/daginvulling?

Leven op de gezinslocatie

13 Hoe vindt u het om op deze gezinslocatie te wonen? Wat is leuk en wat is niet leuk?
14 Hoe ziet een gemiddelde dag er voor u uit op deze locatie? Waar houdt u zich mee bezig?
15 Past er wel eens iemand anders op uw kinderen? Wie? Wat doet u met uw kinderen als u naar de dokter/advocaat/DT&V moet? Of als u ergens aan mee wilt doen?
16 Maakt u wel eens gebruik van kinderopvang (crèche)? Waarom wel/niet?
17 Hoeveel uur per dag/week bent u met het huishouden bezig?
18 Welke activiteiten/taken heeft u verder nog (binnen/buiten gezinslocatie)?
19 Wat zou u graag willen doen/leren op de gezinslocatie? Lukt dat? Waarom niet?
20 Verveelt u zich wel eens? Zo ja, hoe vaak? En op welke momenten?

Activiteiten

21 Wat is er allemaal te doen op deze locatie? (Voor bewoners die er langer wonen): zijn er sinds u hier woont hierin dingen veranderd? Is er meer/minder te doen dan toen u hier kwam wonen?
22 Doet u wel eens mee met activiteiten op de gezinslocatie? Als nee: ook in het verleden niet? Waarom wel/niet en hoe vaak? Wat vindt u ervan? [aan de hand van lijst]
23 Maakt u wel eens gebruik van de faciliteiten [per locatie voorbeelden noemen, extra aandacht besteden aan de T-room] op de gezinslocatie? Waarom wel/niet en hoe vaak? Wat doet u daar zoal? Wat vindt u ervan? [aan de hand van lijst]
24 Hoe weet/hoort u wat er te doen is op de locatie?
25 We zijn nu een rijtje activiteiten langsgelopen. Wat vindt u van de activiteiten op deze locatie? Is er genoeg te doen? Zijn er andere activiteiten die u graag op de

locatie zou hebben en waar u graag aan mee zou doen? Zo ja, welke en waarom? Indien mogelijk: doorvragen:
- Als actief geworden: Is er iets veranderd sinds u meer activiteiten bent gaan doen? Wat levert het meedoen aan activiteiten voor u op (welzijn/dagbesteding/sociale contacten)?
- Als niet actief/actief buiten de georganiseerde activiteiten om: heeft u behoefte aan meer activiteiten? Wat zou het meedoen aan activiteiten voor u kunnen betekenen (welzijn/dagbesteding/sociale contacten)?

Contacten met anderen/sociale steun

26 Hoeveel contact heeft u binnen en buiten de gezinslocatie? Met wie en hoe vaak?

27 Zou u graag met meer mensen contact hebben? Waarom lukt dat wel/niet?

Gezondheid

28 Hoe ervaart u uw gezondheid? Lichamelijk /mentaal? Afhankelijk van antwoord: wat maakt dat u u vaak goed/minder goed voelt?

29 Gaat u wel eens naar de dokter/fysiotherapeut/psycholoog/...? Hoe vaak per week/maand? Kunt u naar een dokter als u dat nodig vindt? Zo nee, waarom niet?

30 Is uw lichamelijke of psychische gezondheid veranderd tijdens uw verblijf op de gezinslocatie? Zo ja, is die verbeterd of slechter geworden? Hoe komt het dat u zich gezonder/minder gezond bent gaan voelen?

31 Wat zou er hier op de locatie (eventueel) gedaan kunnen worden om uw gezondheid te verbeteren?

Toekomst

32 Wat zijn uw toekomstplannen?

33 Wat heeft u nodig om die uit te voeren (vaardigheden/middelen)?

Activiteiten en toekomstplannen & gezondheid

34 We hebben het eerder gehad over de activiteiten die u wel/niet doet.
- Als actief: Wat levert het meedoen aan activiteiten [per activiteit vragen] voor u op (gezondheid en toekomstplannen)?
- Als niet actief/actief buiten de georganiseerde activiteiten om: Wat zou het meedoen aan activiteiten voor u kunnen betekenen (gezondheid en toekomstplannen)?

Extra vraag

35 Aan de activiteiten op deze locatie doen sommige mensen wel mee en andere mensen niet. Weet u waarom sommige mensen wel meedoen? Wat levert hen dat op? Weet u waarom sommige mensen niet meedoen?

Bijlage 3 Topiclijst COA-medewerkers

Algemeen

1 Achtergrond (sekse, leeftijd), ervaring (opleiding, werkervaring).
2 Functie, taken, contact met bewoners en doelgroep pilot.
3 Betrokkenheid bij pilot.

Activiteiten (vragen mede afhankelijk van activiteit en functie)

1 Bij welke activiteiten betrokken?
2 Hoe zijn deze activiteiten tot stand gekomen? Wiens initiatief? Vooraf met bewoners gepraat?
3 Doelen?
4 Welke doelgroep?
5 Wanneer zijn de activiteiten gestart?
6 Inhoud/duur (per keer en totaal)/verloop activiteiten?
7 Hoe wordt de doelgroep bereikt? Hoe wordt informatie over de activiteiten verspreid/ op welke manieren worden deelnemers geworven?
8 Wordt deelname geregistreerd? Hoe en door wie?
9 Wie doet er mee aan de activiteiten?
10 Wie wordt er niet bereikt? Waarom niet?
11 Ontwikkelingen in tijd (inhoud, deelname).
12 Zijn er problemen of conflicten geweest?
13 Verwacht u effecten van de activiteit (en) *waarbij u betrokken bent*? Zo ja, welke(op gezond heid, welzijn, terugkeer, overig)? Neveneffecten? Risico's?
14 Zijn er (al) effecten te zien? (gezondheid, welzijn, vertrek, overig)?
15 Wat was er verrassend /onverwacht? Verwacht u in de toekomst nog meer/andere effecten?
16 Waardering activiteiten waarbij zelf betrokken.
17 Mening over de overige onderdelen van het programma/ de pilot als geheel.
18 Verwacht u effecten van *de andere onderdelen/ de pilot als geheel*? Zo ja, welke (op gezondheid, welzijn, terugkeer, overig)? Neveneffecten? Risico's?
19 Mogelijkheden voor verbetering/uitbreiding.

Bijlage 4 Topiclijst DT&V- medewerkers

Algemeen
1 Achtergrond (sekse, leeftijd), ervaring (opleiding, werkervaring).
2 Functie, taken, contact met bewoners en doelgroep pilot.
3 Betrokkenheid bij pilot.

Activiteiten (vragen mede afhankelijk van activiteit en functie)
4 Hoe verliep terugkeer voor de start van de pilot? Wat waren redenen om terug te keren?
5 Werden er voor start van de pilot ook al cursussen/activiteiten aangeboden? Hoe vaak/aan wie/onder welke voorwaarden?
6 Bij welke activiteiten betrokken?
7 Hoe zijn deze activiteiten tot stand gekomen? Wiens initiatief? Vooraf met bewoners gepraat?
8 Doelen?
9 Welke doelgroep?
10 Wanneer zijn de activiteiten/cursussen gestart?
11 Inhoud/duur (per keer en totaal)/verloop activiteiten/cursussen?
12 Hoe wordt de doelgroep bereikt? Hoe wordt informatie over de activiteiten/ cursussen verspreid/ op welke manieren worden deelnemers geworven?
13 Wordt deelname geregistreerd? Hoe en door wie?
14 Wie doet er mee aan de activiteiten?
15 Wie wordt er niet bereikt? Waarom niet?
16 Ontwikkelingen in tijd (inhoud, deelname)?
17 Zijn er problemen of conflicten geweest?
18 Verwacht u effecten van de activiteit (en)/cursus(sen) *waarbij u betrokken bent*? Zo ja, welke(op gezondheid, welzijn, terugkeer, overig)? Neveneffecten? Risico's?
19 Zijn er (al) effecten te zien? (gezondheid, welzijn, vertrek, overig)?
20 Hoe verloopt terugkeer nu? Is dat anders dan voor de start van de pilot? Wat zijn nu redenen om terug te keren?
21 Wat was er verrassend /onverwacht? Verwacht u in de toekomst nog meer/ andere effecten?
22 Waardering activiteiten/cursussen waarbij zelf betrokken?
23 Mening over de overige onderdelen van het programma/de pilot als geheel.
24 Verwacht u effecten van *de andere onderdelen/ de pilot als geheel*? Zo ja, welke (op gezondheid, welzijn, terugkeer, overig)? Neveneffecten? Risico's?
25 Mogelijkheden voor verbetering/uitbreiding?

Bijlage 5 Afsluitende topiclijst locatiemanagers

1. Verwachtingen voor de start? In hoeverre zijn verwachtingen uitgekomen? Zijn er hierbij verschillen tussen de soorten activiteiten?
2. Zijn er problemen/conflicten geweest? Welke? Hoe opgelost?
3. Wat verraste/verbaasde?
4. Welke effecten zijn er al te zien bij bewoners? Welke effecten nog verwacht? Van welke activiteiten?
5. Welke effecten voor medewerkers/organisatie?
6. Wat heeft het gekost? Dekte het pilotbudget alle kosten? Hoe zijn overige kosten gefinancierd?
7. Hoe verliep de samenwerking met de andere locaties en met de DT&V? Pilotoverleg?
8. Lessen geleerd uit deze pilot?
9. Terugkijkend: wat nu anders doen?
10. Mogelijkheden voor uitbreiding?
11. Toekomst pilot? Wat gebeurt er met de activiteiten/mogelijkheden als de pilot niet verlengd wordt?
12. Afsluitend: wat vindt u nu van activering op gezinslocaties?

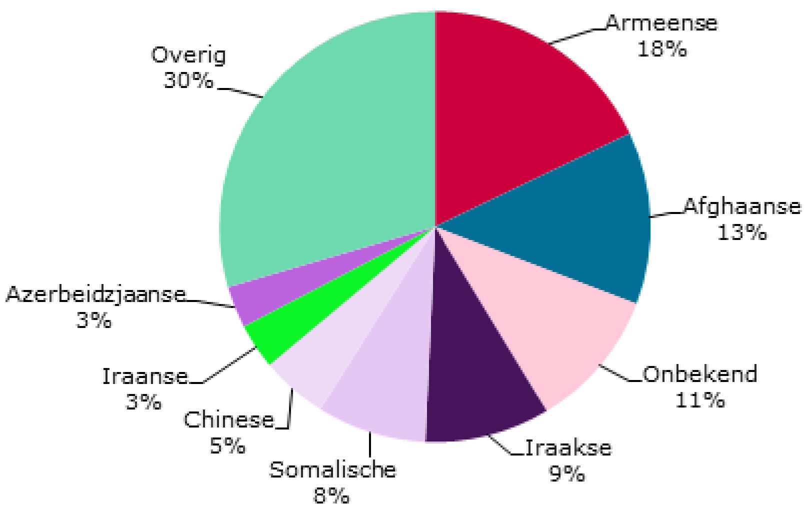
Bijlage 6 Topiclijst medewerkers GC A

1 Hoe is de toegang tot gezondheidszorg in de gezinslocatie geregeld?
2 Welke gezondheidsproblemen spelen er bij de doelgroep? In hoeverre is er een verband met gebrek aan actie/passiviteit?
3 Verwacht u effecten van de pilot op de gezondheid? Zo ja van welke activiteit(en) met name en waarom? Neveneffecten? Risico's?
4 Zijn er (al) effecten te zien van de pilot?
5 Wat is uw mening over de pilot?

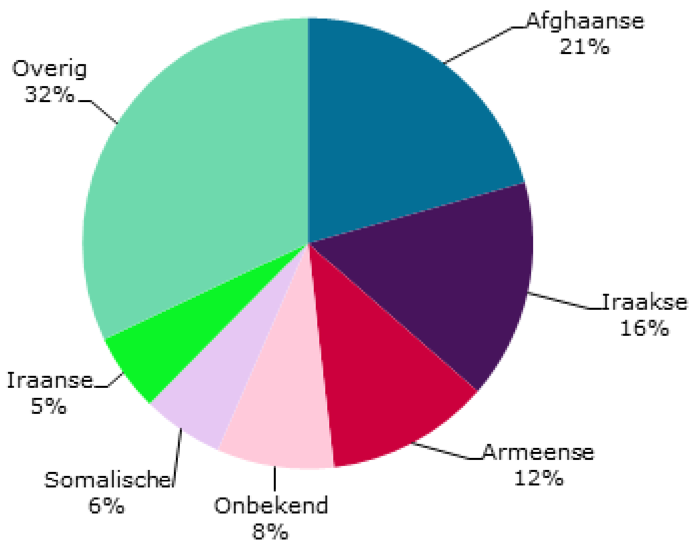
Mogelijkheden voor verbetering/uitbreiding?

Bijlage 7 Nationaliteiten bewoners per jaar van instroom op de gezinslocaties

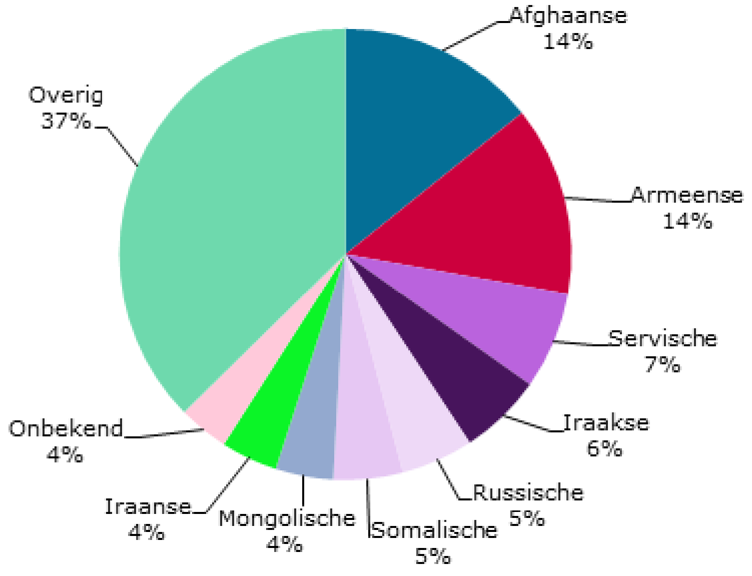
Figuur b7.1 Nationaliteiten personen die in 2011 zijn ingestroomd



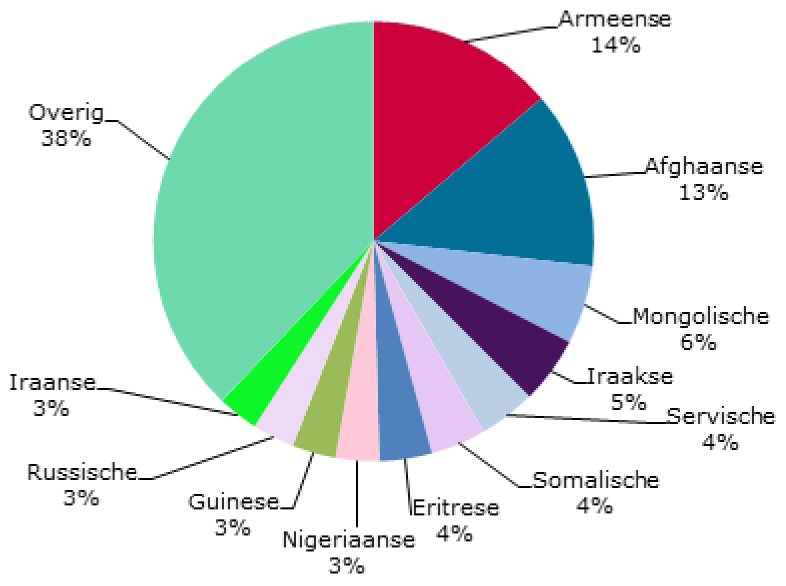
Figuur b7.2 Nationaliteiten personen die in 2012 zijn ingestroomd



Figuur b7.3 Nationaliteiten personen die in 2013 zijn ingestroomd



Figuur b7.4 Nationaliteiten personen die in 2014 zijn ingestroomd



Bijlage 8 Aantal en percentage overblijvende personen naar nationaliteit, per jaar van instroom

Tabel b8.1 Aantal en percentage overblijvende personen naar nationaliteit, per jaar van instroom

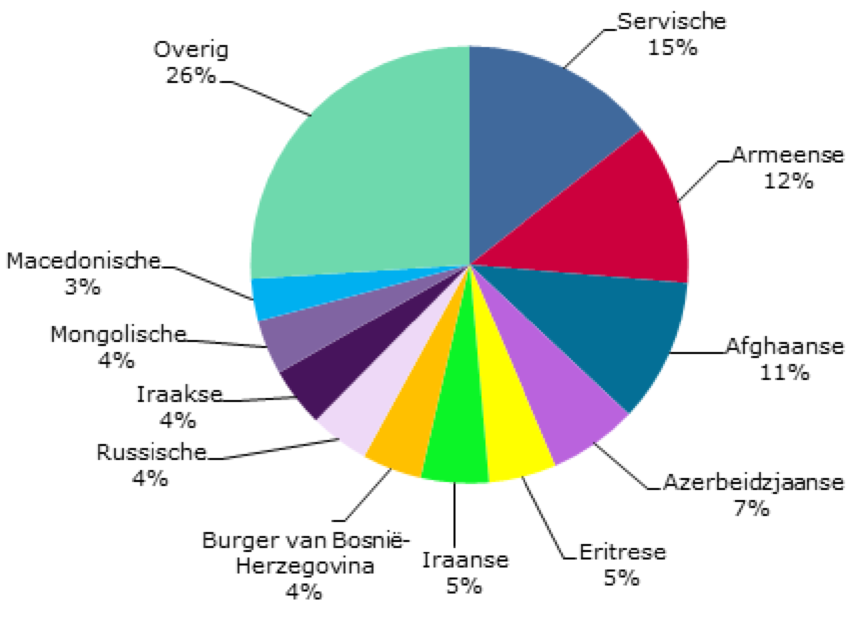
		N	%
2011	Armeense	89	29
	Chinese	38	12
	Afghaanse	27	9
	Iraakse	26	8
	Somalische	26	8
2012	Armeense	121	22
	Iraakse	64	12
	Afghaanse	59	11
	Somalische	45	8
	Eritrese	27	5
	Azerbeidzjaanse	20	4
	Russische	18	3
	Chinese	17	3
2013	Armeense	106	21
	Afghaanse	59	12
	Somalische	30	6
	Iraakse	29	6
	Eritrese	25	5
	Azerbeidzjaanse	24	5
	Russische	24	5
	Mongolische	20	4
	Chinese	19	4
	Nigeriaanse	17	3
	Egyptische	17	3

Bijlage 9 Verschillen per gezinslocatie

Tabel b9.1 Aantal personen en gezinnen per gezinslocatie[89]

Gezinslocatie	Totaal personen	Totaal gezinnen	Gezinnen met twee ouders
	N	N	%
Almelo	319	87	55
Amersfoort	547	166	41
Burgum	699	191	60
Den Helder	483	148	44
Emmen	681	203	42
Gilze	681	193	48
Goes	210	60	50
Katwijk	998	293	42
Vlagtwedde	330	100	53
Vught	351	114	51

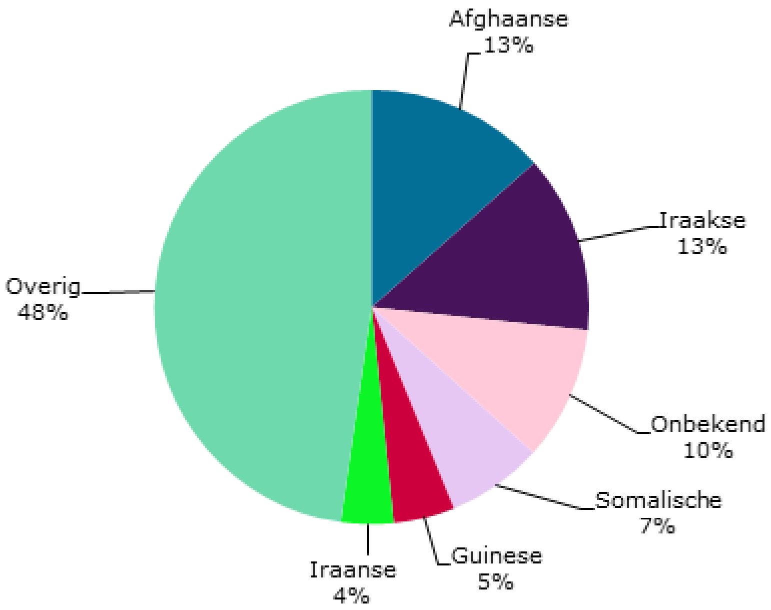
Figuur b9.1 Nationaliteiten personen die zijn ingestroomd op gezinslocatie Almelo (N=319) [90]



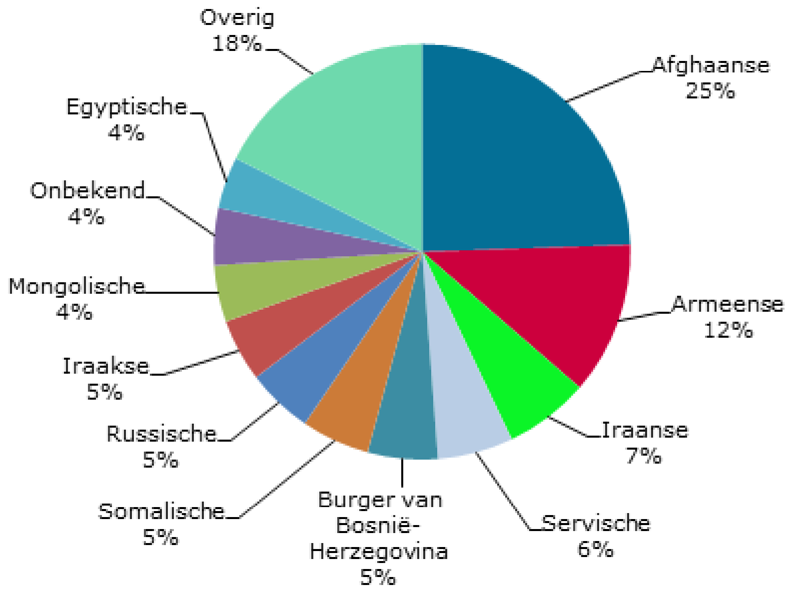
[89] Indien een vreemdeling op meerdere locaties heeft gewoond, wordt deze persoon enkel meegeteld op de locatie waarop hij of zij als eerste geplaatst is.

[90] In de figuren worden de grootste groepen getoond – nationaliteiten onder de 3% van het totale aantal bewoners – zijn samengevoegd in de categorie 'overig'.

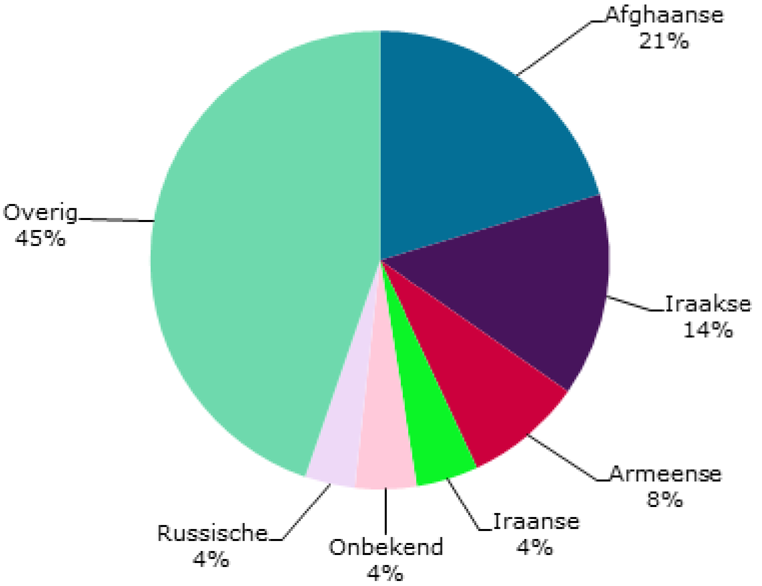
Figuur b9.2 Nationaliteiten personen die zijn ingestroomd op gezinslocatie Amersfoort (N=547)



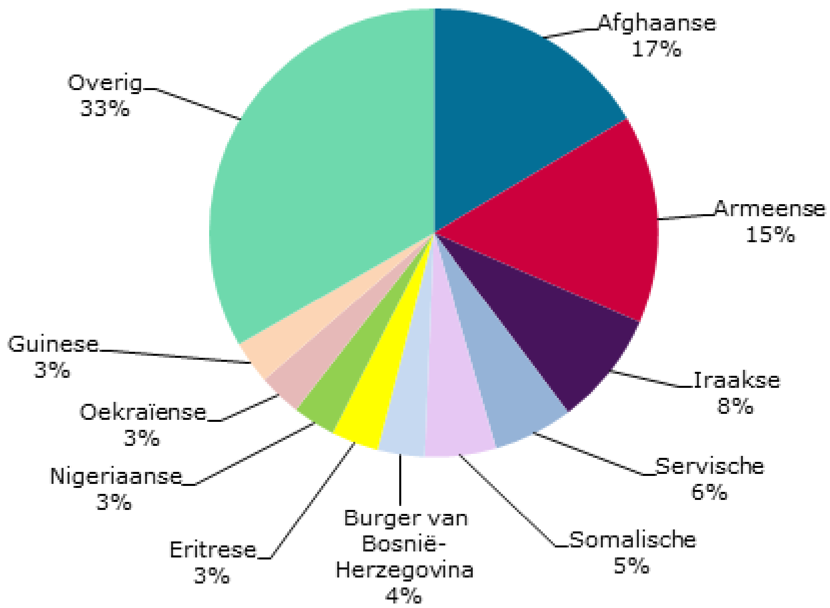
Figuur b9.3 Nationaliteiten personen die zijn ingestroomd op gezinslocatie Burgum (N=699)



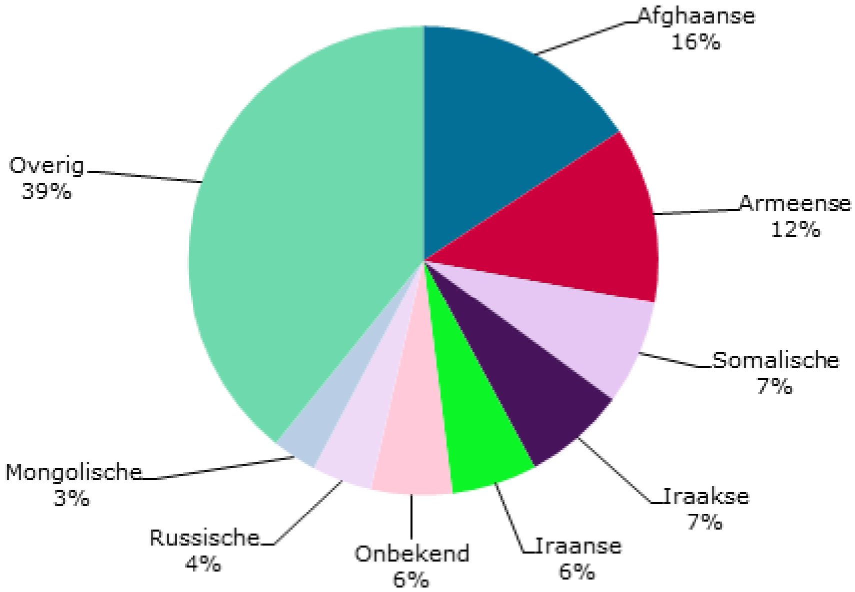
Figuur b9.4 Nationaliteiten personen die zijn ingestroomd op gezinslocatie Den Helder (N=483)



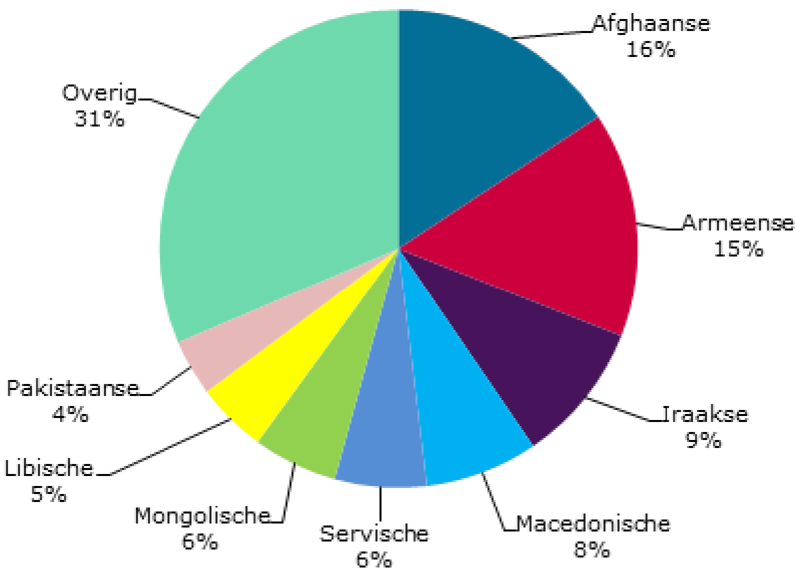
Figuur b9.5 Nationaliteiten personen die zijn ingestroomd op gezinslocatie Emmen (N=681)



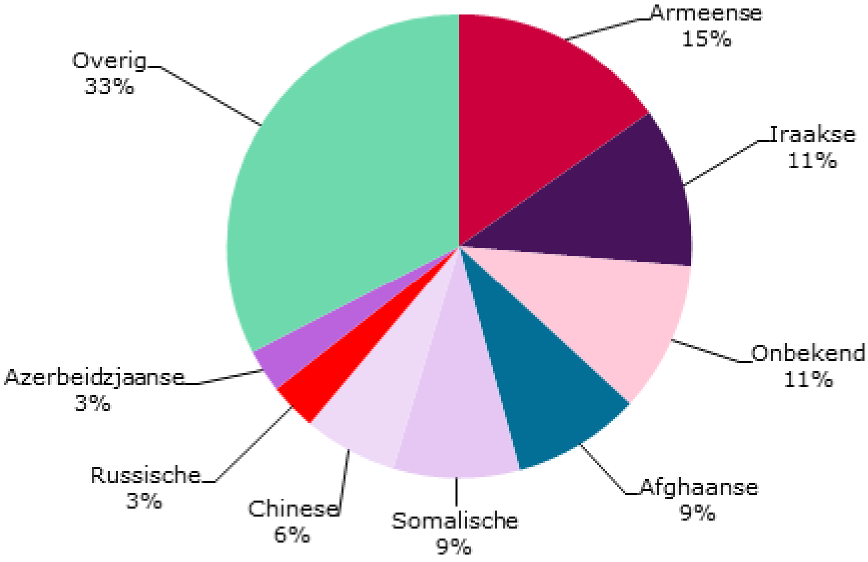
Figuur b9.6 Nationaliteiten personen die zijn ingestroomd op gezinslocatie Gilze (N=681)



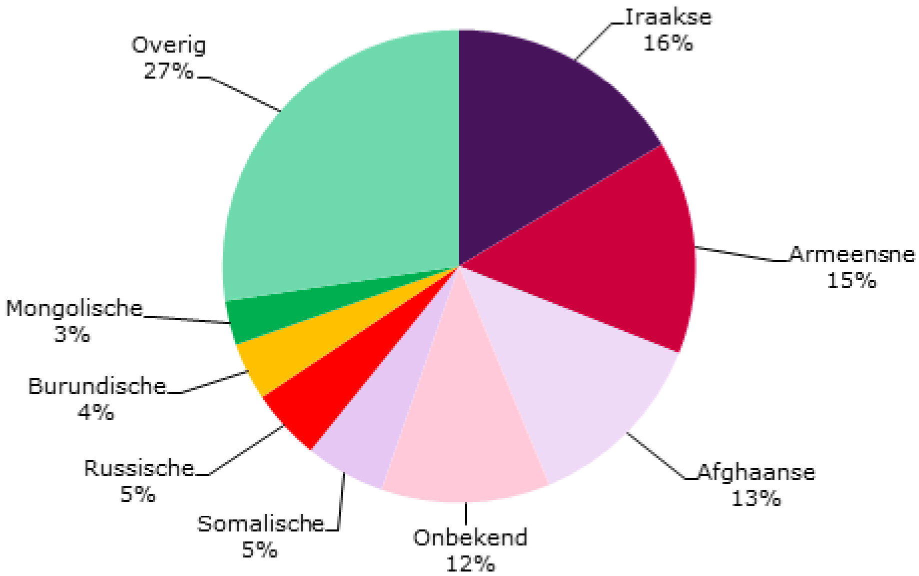
Figuur b9.7 Nationaliteiten personen die zijn ingestroomd op gezinslocatie Goes (N=210)



Figuur b9.8 Nationaliteiten personen die zijn ingestroomd op gezinslocatie Katwijk (N=998)



Figuur b9.9 Nationaliteiten personen die zijn ingestroomd op gezinslocatie Vlagtwedde (N=330)



Figuur b9.10 Nationaliteiten personen die zijn ingestroomd op gezinslocatie Vught (N=351)

